

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Dominika Dvořáková

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství

Studijní obor: 5341 R009 Všeobecná sestra

Psychologické aspekty v ošetrovateľskej péči o pacientku

po gynekologickém operačním výkonu

Psychological aspects in nursing and health care of a patient after
gynecological procedures

Dominika Dvořáková

Bakalářská práce

2013

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Dominika Dvořáková
Osobní číslo: Z09000029
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Psychologické aspekty v ošetrovateľské péči o pacientku po gynekologickém operačnım výkonu
Zadávající katedra: Ústav zdravotnických studií

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle výzkumu:

- 1) Zjistit, zda-li jsou pacientky dostatečně edukovány před i po konizaci
- 2) Zjistit životní styl pacientek, které podstoupily konizaci
- 3) Vytvořit edukační materiál pro pacientky po konizaci

Předpoklady:

- 1) Předpokládám, že polovina respondentek, které podstoupily konizaci, jsou mladší 35 let
- 2) Předpokládám, že většina respondentek nedodrží zásady zdravého životního stylu
- 3) Předpokládám, že většina respondentek je nedostatečně edukována před i po konizaci

Teoretická východiska: Konizace patří mezi nejčastější gynekologické operační výkony. Je to zákrok, který ovlivňuje psychiku žen. Myslím si, že ženy nejsou dostatečně edukovány před i po výkonu. Proto výstupem mé bakalářské práce bude edukační materiál pro pacientky.

Metoda: kvantitativní

Technika: dotazník

Místo a čas výzkumu: Krajská nemocnice Liberec, a.s. a Nemocnice Jablonec nad Nisou, Gynekologicko-porodnické oddělení, leden-březen

Vzorek: pacientky po konizaci

Rozsah grafických prací: např. 10 tabulek, 10 grafů

Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

CIBULA, David, PETRUŽELKA, Luboš a kolektiv. Onkogynekologie

HOLUB, Zdeněk, KUŽEL David a kolektiv. Minimálně invazivní operace
v gynekologii

NORTHRUPOVÁ, Christiane; překlad BÁTROVÁ, Veronika a KOTÁBOVÁ,
Věra. Žena : tělo a duše : cesta k tělesnému a duševnímu zdraví

TURKOVÁ, Zuzana. Gynekologie : učebnice pro zdravotní školy

JIRASEK, Jan E. Patologie děložního hrdla. Brno : Institut pro další vzdělávání
pracovníků ve zdravotnictví

Hlav. aut. KOBILKOVÁ, Jitka. Cytodiagnostika v gynekologii

GURR, Michael. Washington Healthy lifestyles : nutrition and physical activity,
Washington : ILSI Europe , c1998

Vedoucí bakalářské práce: Bc. Zuzana Paukertová

Ústav zdravotnických studií

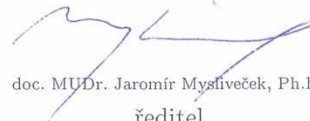
Datum zadání bakalářské práce: 15. září 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2012

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



V Liberci dne 30. listopadu 2010



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

Studentka
Dominika DVOŘÁKOVÁ
Z09000029
Kaplického 426
463 12 LIBEREC 23

Vyřizuje: Ing. Lenka Kozáková/485 353 774

V Liberci dne 12. července 2012
č.j.: 12/8515/001929

Vyřízení k žádosti o ponechání tématu a prodloužení odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 26. 6. 2012, zaevidované pod č.j.: 12/8518/0417-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Psychologické aspekty v ošetrovatelské péči o pacientku po gynekologickém operačním výkonu“ a zároveň **souhlasím** s prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2013.

S pozdravem

Mgr. Marie Froňková
pověřená vedením ústavu



26.6.2012
121871P/0417-01

ŽÁDOST

Jméno: Dominika Dvořáková

Ročník: III. Osobní číslo: 209000029 Datum narození: 20.08.1990

Studijní obor: Všeobecná sestra Prezenční studium* / Kombinované studium *

Adresa trvalého bydliště: Kaplické ho 426, Liberec 23, 463 12

Adresa určena pro doručování: _____

Číslo telefonu: 428 533 936

E-mail: domenka@seznam.cz

Odůvodnění

Žádám o prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2013 a pokračování bakalářské práce.
„Psychologické aspekty v ošetrovateľské práci o pacientku po gynekologickém operacním výkonu“ Štefániková. Mgr. Zuzana PAUKERTOVÁ

V Liberci 25.6.12

datum

Dvořáková

podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJÁDRĚNÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:

publ...

29.6.2012

Rozhodnutí rektora:



Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 24. 4. 2013

Podpis:



Poděkování:

Chtěla bych poděkovat především Mgr. Zuzaně Paukertové, že se ochotně ujala vedení mé práce. Děkuji jí za cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině, která mě podporovala během celého studia i během psaní této práce.

Anotace

Tato práce pojednává o pacientkách s dysplázií děložního hrdla a následném gynekologickém operačním výkonu – konizaci. Teoretická část je zaměřena především na prevenci tohoto onemocnění, zásady dodržování zdravého životního stylu a možnostech podpůrné léčby. V praktické části nás zajímal věk patientek, jejich životní styl a zda-li jsou pacientky po konizaci dostatečně edukovány. Hlavním cílem této práce bylo vytvoření edukačního materiálu pro pacientky po konizaci.

Klíčová slova: konizace, očkování, prevence, zdravý životní styl, edukace pacientky, psychologický přístup

Annotation

This bachelor thesis deals with patients with cervical dysplasia who underwent the gynaecological surgical procedure of cervical conization. The theoretical part of the work is focused mainly on prevention, healthy lifestyle principles and possibilities of supportive treatment. The practical part is based on research into patients' age, their lifestyle and the question if they are acquainted with the process of cervical conization after the surgical procedure. The principal aim of this work is to create an educational material for patients who underwent cervical conization.

Key words: cervical conization, vaccinations, prevention, healthy lifestyle, patient education, psychological approach

Obsah

Obsah	10
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	12
Úvod	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Prevence dysplázie děložního čípku	14
1.1 Zdravý způsob života	14
1.1.1 Zdraví a jeho determinanty	14
1.1.1.1 Faktory vnitřního a vnějšího prostředí	14
1.1.2 Podpora zdraví a prevence	15
1.1.3 Zdravý způsob života	17
1.1.4 Rizikové faktory ovlivňující zdraví	18
1.2 Očkování proti lidským papilomavirům	20
1.2.1 Lidské papilomaviry	21
1.2.2 Vakcína Cervarix	21
1.2.3 Kvadrivalentní HPV vakcína Silgard	21
2 Gynekologie	22
2.1 Anatomie ženského pohlavního ústrojí	22
2.1.1 Zevní pohlavní orgány ženy	22
2.1.2 Vnitřní pohlavní orgány ženy	23
3 Onkogynekologie	25
3.1 Preventivní prohlídka u gynekologa	25
3.1.1 Role sestry před a při gynekologickém vyšetření	25
3.2 Vyšetřovací metody v gynekologii	26
3.3 Vývoj přednádorového onemocnění čípku děložního	27
3.4 Gynekologické operace	28
3.4.1 Psychologický přístup k pacientce před operačním výkonem (konizací)	29
3.4.2 Malé gynekologické operace	29
3.4.3 Velké operační výkony	30
3.4.4 Laparoskopické operační výkony	31
3.4.5 Psychologický přístup k pacientce po operačním výkonu (konizaci)	31
4 Možnosti podpůrné léčby	32
4.1 Psychologie	32
4.1.1 Psychosociální dopad na onkologicky nemocné ženy	32
4.1.2 Jednotlivá stadia prožívání nemoci	33
4.1.3 Psychologický přístup ke gynekologicky nemocné pacientce	33
4.2 Komunikace (mezi zdravotní sestrou a pacientkou)	34
4.2.1 Zdravotní sestra	35
4.2.2 Pacient	36
4.2.3 Rozhovor	37
VÝZKUMNÁ ČÁST	40

5	METODIKA PRÁCE	40
5.1	Cíle práce	40
5.2	Formulování hypotéz	40
5.3	Metoda výzkumu.....	40
5.4	Výzkumný vzorek	40
5.5	Místo a čas sběru dat.....	41
5.6	Zpracování získaných dat.....	41
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO ANALÝZA	42
7	ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ	61
8	DISKUZE.....	62
	ZÁVĚR.....	64
	Soupis bibliografických citací	65
	Seznam grafů	68
	Seznam tabulek	69
	Přílohy	70

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Abs. č.	absolutní četnost
cm	centimetr
č.	číslo
DNA	kyselina deoxyribonukleová
g	gram
h	hodina
HPV	human papiloma virus (lidský papiloma virus)
L	leukoplakie
LEEP/LOOP	Loop Electrosurgical Excision Procedure (vyříznutí postižené části děložního čípku pomocí elektrické kličky)
M	mozaika
ml	mililitr
mm	milimetr
např.	například
OTZ	otevřená transformační zóna
P	puntíčkování
Pap test	Papanicolaou test
rel. č.	relativní četnost
resp.	respektive
tab.	tabulka
tj.	to je
UTZ	uzavřená transformační zóna

Úvod

Tématem této bakalářské práce jsou „Psychologické aspekty v ošetrovatelské péči o pacientku po gynekologickém operačním výkonu“. Konkrétně se v této práci zabývám vybraným operačním výkonem – konizací. Tento operační výkon jsem zvolila proto, že jsem sama tento zákrok podstoupila. Po výkonu mi nebyl poskytnut dostatek informací o následné léčbě, proto jsem se rozhodla zjistit, jak jsou pacientky nyní edukovány. Zjišťovala jsem také, zdali je vypracován edukační materiál o následné léčbě pro pacientky, které výkon podstoupily. Bohužel na gynekologicko-porodnickém oddělení v Liberci a v Jablonci nad Nisou edukační materiál není. To byl jeden z dalších důvodů, proč jsem dané téma začala zpracovávat a zabývat se jím.

Konizace je indikována v případě zjištění prekancerózy děložního hrdla. Prekanceróza neboli dysplázie, je přednádorový stav děložního hrdla, který patří mezi nejčastěji diagnostikované předstupně zhoubného nádorového bujení ženských rodidel. Zde je velmi důležitá včasná diagnostika, protože prognóza tohoto onemocnění zachyceného včas je výrazně lepší než u pokročilých stavů. Ročně umírá v České republice přibližně 400 žen na karcinom děložního hrdla, proto je zde kladen velký důraz především na preventivní prohlídky u obvodního gynekologa.

Cílem této práce, bylo zmapovat životní styl a informovanost pacientek, které konizaci podstoupily. Proto se v teoretické části zabývám především zásadami zdravého životního stylu a psychologií. Konkrétně jak s danou pacientkou komunikovat, jak jí podpořit a edukovat. Je důležité si uvědomit, že vnímání zdraví, nemoci a životního stylu s psychikou pacientky úzce souvisí. Psychika je těmito pochody značně ovlivňována. Platí zde také, že pokud je pacientka po psychické stránce vyrovnaná, pozitivně to ovlivní vnímání zdraví, nemoci a pohled na životní styl. Hlavním cílem mé práce bylo vypracovat edukační materiál pro pacientky po konizaci. Domnívám se, že pokud bude mít pacientka po konizaci možnost kdykoli do edukačního materiálu nahlédnout, bude se cítit jistější a klidnější. Což samozřejmě také napomáhá psychické pohodě pacientky. K tomu jsem využila výsledků v dotazníkovém šetření. Veškeré odpovědi jsou vyhodnoceny a výsledky jsou graficky zpracovány ve výzkumné části.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Prevence dysplázie děložního čípku

„Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek“. Hérakleitos

1.1 Zdravý způsob života

1.1.1 Zdraví a jeho determinanty

Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka. Nepředstavuje samo o sobě cíl života, ale představuje jednu z podmínek smysluplného žití. Zdraví je také základní lidskou potřebou, je cennou hodnotou individuální i sociální a výrazně ovlivňující kvalitu života. Zdraví a nemoc jsou výsledkem dynamického vztahu mezi organizmem a prostředím. Mění se v závislosti na změnách, které probíhají jak v lidském organismu, tak v prostředí, ve kterém člověk žije. Přístup k vymezení zdraví může být různý. V psychosociálním – sociomedicínském – pojetí je zdraví vnímáno jako stav naprosté vyrovnanosti, kdy se každý jedinec cítí v dokonalé harmonii se svým okolím, je schopen plnit všechny úkoly a společenské role, které se od něho očekávají (Čevela, Čeledová, 2009).

1.1.1.1 Faktory vnitřního a vnějšího prostředí

Zdraví je ovlivňováno mnoha faktory. Jejich souhrn, který zdraví člověka podmiňuje, nazýváme determinanty zdraví. Jednotlivé faktory působí na zdraví člověka buď přímo, nebo zprostředkovaně, ale vždy se navzájem ovlivňují. Působení faktorů na zdraví člověka může být ve svém konečném důsledku buď biopozitivní (chrání a posilující zdraví), nebo bionegativní (oslabující zdraví a vyvolávající nemoc nebo poruchu zdraví) (Čevela, Čeledová, 2009).

Determinanty zdraví můžeme rozdělit na vnitřní a zevní:

- faktory vnitřní – genetické;
- faktory zevní – životní prostředí, sociální prostředí, zdravotní péče.

Determinanty vnitřní jsou dědičné faktory. Dědičnou výbavu získává každý jedinec již na začátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů. Do tohoto genetického základu se promítají vlivy přírodního i společenského prostředí i způsob života jedince (Čevela, Čeledová, 2009).

Zevní faktory, které mají vliv na zdraví, se dělí do tří základních skupin:

- životní styl;
- způsob života a kvalita životního socioekonomického prostředí;
- zdravotnické služby (jejich úroveň a kvalita zdravotní péče) (Čevela, Čeledová, 2009).

Mezi nesprávný životní styl patří např. kouření cigaret, energeticky nepřiměřená a nevhodně složená výživa, nedostatek tělesného pohybu, nadměrná psychická zátěž, drogová závislost, vysoké životní tempo a chronické stresy (Čevela, Čeledová, 2009).

Vnější přírodní a sociální prostředí ovlivňuje zdravotní stav méně než životní styl, rovněž však patří mezi významné faktory působící na zdraví člověka. V životním prostředí působí na zdraví člověka škodliviny chemického, fyzikálního a biologického charakteru, k rozhodujícím patří stav ovzduší, půdy, vod a stupeň jejich znečištění (Čevela, Čeledová, 2009).

K rozhodujícím faktorům sociálního prostředí patří kulturní a technická úroveň obyvatelstva, úroveň vzdělání, pracovní a rodinné prostředí a mezilidské vztahy. Mezi dominantní faktory socioekonomického prostředí zahrnujeme ekonomickou úroveň společnosti, bydlení, zaměstnání zaměstnanost či nezaměstnanost, úroveň životního prostředí sociální status jedince i úroveň mezilidských vztahů (Čevela, Čeledová, 2009).

Do zdravotní péče můžeme zahrnout primární prevenci a léčebnou péči, které zahrnují preventivní a kurativní činnost, zdravotní výchovu obyvatel a organizační uspořádání zdravotnické péče. Dostupnost především léčebně preventivní péče ovlivňuje významným způsobem nejen zdraví, ale zároveň kvalitu života. Nedostatečné preventivní zaměření s pozdním zachytem onemocnění zapříčiňuje nejen zhoršení zdravotního stavu obyvatelstva. Z toho vyplývá, že je méně náročné (finančně i sociálně) nemoci předcházet než samotnou nemoc léčit (Čevela, Čeledová, 2009).

1.1.2 Podpora zdraví a prevence

Hlavní činitelé péče o zdraví nejsou jen finanční prostředky, materiál a technické vybavení zdravotnických služeb. Nejdůležitější v péči o zdraví jsou lidé (jak žijí, jak jsou ochotni se účinně podílet na péči o zdraví) a celá společnost (jaké vytváří ekonomické a sociální podmínky pro život). Tento nový přístup ke zdraví se nazývá

podpora zdraví. Ta se odehrává za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, komunit, organizací i společnosti jako celku. Jednotlivci mohou podporovat své zdraví přijetím zdravého životního stylu a péčí o své životní prostředí. Smyslem podpory zdraví je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochraně a posilování svého zdraví, rozvíjet a realizovat zdravý životní styl (Čevela, Čeledová, 2009).

Na podporu zdraví úzce navazuje prevence. Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a především k prodloužení aktivní délky života. Prevence se provádí na úrovni jedince nebo celé společnosti (Čevela, Čeledová, 2009).

Rozeznáváme tři základní typy prevence:

- primární prevence (prevence první fáze, hygienická prevence);
- sekundární prevence;
- terciální prevence.

Primární prevence má ochránit a posílit zdraví, ale také zabránit vzniku nemocí. Zdravotnictví se na nich podílí především preventivním lékařstvím, opatřením a činnostmi na úseku ochrany veřejného zdraví a výchovu ke zdraví. Uplatňují se hlavně v ochraně životního prostředí a pracovního prostředí, komunální hygieny, výživě a epidemiologické oblasti (zabránění šíření infekčních onemocnění) (Čevela, Čeledová, 2009).

Cílem u sekundární prevence je předejít nepříznivým následkům již vzniklé nemoci, jejím komplikacím, nezvratným změnám, popř. invaliditě aj. Hlavními prostředky této druhé fáze prevence je včasná a správná diagnóza a účinná preventivně zaměřená terapie. Obsahem sekundární prevence jsou preventivní prohlídky, jejichž povinnou součástí je onkologická prevence s doporučením a provedením screeningu prevence zhoubných novotvarů (Čevela, Čeledová, 2009).

Terciální prevence se zaměřuje na prevenci následků nemoci, dysfunkcí a handicapů, které by mohly vest k invalidizaci a imobilitě. Cílem terciální prevence je co nejvíce omezit následky nemoci a jejich sociální a pracovní dopad (Čevela, Čeledová, 2009).

1.1.3 Zdravý způsob života

Zdravý způsob života je styl, který vede k podpoře zdraví a k ochraně před vznikem nemocí. Životní styl je stěžejní determinantou zdraví. Můžeme ho definovat jako styl zahrnující formy dobrovolného chování v daných životních situacích. Zdravotní stav společnosti se hodnotí především na základě nemocnosti a úmrtnosti. Z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce poškozuje: kouření, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž, nadměrná konzumace alkoholu, zneužívání drog, rizikové sexuální chování (Čevela, Čeledová, 2009).

Zdravotní profese patří k těm oborům, které mají v náplni práce výchovu populace v oblasti zdraví. Právě zdravotní sestra především v ordinaci praktického lékaře (obvodního gynekologa) je v této oblasti nejpožádanější. Je nejen dostatečně vzdělaná, ale je s pacientkami v blízkém kontaktu. Pokud si zdravotní sestra získá důvěru pacientek, budou její rady a informace přijímat kladně a budou se jimi řídit (Čevela, Čeledová, 2009).

Správná výživa také patří do zdravého životního stylu. Z kvantitativního hlediska má výživa zajišťovat příjem energie odpovídající jejímu výdeji. Z kvalitativního hlediska má být strava vyvážená a rozmanitá, aby byl zajištěn dostatečný a vyvážený příjem živin, vitaminů a minerálů. Z toho vyplývá, že příjem energie nemá převyšovat její výdej. Racionální výživa je soubor znalostí a návyků týkajících se přijímané potravy, vedoucích k podpoře zdraví a prevenci nemocí. Mezi základní složky výživy patří: bílkoviny, tuky, cukry, minerální látky a stopové prvky, voda a vitaminy. (Čevela, Čeledová, 2009)

Pro zachování a upevňování zdraví je nezbytným a nepřírozenějším předpokladem aktivní pohyb. Zvyšuje tělesnou zdatnost, snižuje hladinu cholesterolu, přispívá k duševní svěžesti a zvyšuje pocit duševní pohody, odolnost vůči stresu, pomáhá proti bolestem zad, zpevňuje kosti a zmenšuje riziko zlomenin, zlepšuje prokrvení kůže, a tím i fyzický vzhled a v neposlední řadě je prevencí chronických neinfekčních (tzv. „civilizačních“) chorob (Čevela, Čeledová, 2009).

1.1.4 Rizikové faktory ovlivňující zdraví

„Náš osobní názor na psycho-somatickou interakci ovlivňuje náš způsob, jak vidíme sami sebe, naše zdraví a nemoc a totéž u ostatních lidí“ (Mastiliaková, 2007, s. 20).

K rizikovým faktorům s vlastností ovlivnit životní styl člověka patří zejména jeho rizikové chování v oblasti výživy, kuřáctví, tělesné aktivity a stresu. Rizikové faktory působí na zdraví společně a jsou mezi nimi významné vazby. Prevence proti jejich působení proto vyžaduje komplexní změnu v chování každého jednotlivce (Čevela, Čeledová, 2009).

- Stres

Stres je soubor reakcí organismu na podněty vnějšího prostředí. Je to fylogeneticky zakódovaná odpověď živočicha, která má za účel zachování jedince i druhu (Čevela, Čeledová, 2009).

Stres je stav živého organismu, který je vystaven nepříznivým životním podmínkám (stresorům), a jeho následné obranné reakce mají za cíl zachování homeostázy a zabránění poškození nebo smrti organismu. Podle této definice je stres stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoli výrazně působící zátěž – fyzickou nebo psychickou (Čevela, Čeledová, 2009).

Rozlišujeme eustres – pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším, a nebo lepším výkonům, distres – nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění (Čevela, Čeledová, 2009).

Mezi obvyklé stresové faktory (stresory) patří: fyzikální faktory (nadměrný hluk, prudké světlo), události (úmrtí, únos, rozvod), zodpovědnost (nezaplacené účty), práce nebo škola (zkoušky, termíny úkolů), osobní vztahy (týrání, konflikt), životní styl (přejídání, kouření, nedostatek spánku), věk (Čevela, Čeledová, 2009).

Stres jako takový se dá řešit jedině snahou o odstranění jeho příčin. Léky mohou pomoci zvládnout pouze některé průvodní obtíže. Za určitých okolností mohou být užitečnými pomocníky při překonání těžké životní situace. Každodenní stres se lidé snaží zvládat různými způsoby, které zahrnují fyzické a psychické cvičení, různé relaxační techniky apod. (Čevela, Čeledová, 2009).

- Kouření

Kouření tabáku je jedním z nerizikovějších faktorů životního stylu, protože je nejčastější příčinou zbytečných onemocnění a předčasných úmrtí. Základní škodlivé součásti tabákového kouře jsou nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik a další. Mnoho těchto látek je prudce jedovatých a kancerogenních. Dopad kouření na zdraví člověka je dvojího druhu. Zprv se kuřák stává na nikotinu závislý a zadruhé kouření vyvolává smrtelné nemoci a invaliditu. Polovinu dlouhodobých kuřáků tabák nakonec zabije a polovina z nich umře v produktivním věku (Čevela, Čeledová, 2009).

Lepší než odvykat kouření je vůbec s kouřením nezačínat. Mezi hlavní zásady prevence patří informovat veřejnost, zejména děti, o negativních následcích kouření a varovat před nimi (Čevela, Čeledová, 2009).

- Alkohol

Alkohol je bezbarvá tekutina, která vzniká kvašením sacharidů. Jde o aktivní složku alkoholických nápojů, kde je obsažen v různé koncentraci. Alkohol je běžně používán pro své působení na nervovou soustavu jako příjemný, snadný a rychlý způsob, jak se cítit dobře, být akceptován jako dospělý, k zahnání nudy a stresu. Svým typem účinku se nejvíce blíží látkám, které navozují zklidnění a spánek. Jeho účinek však závisí na vypitém množství, na fyzickém a psychickém stavu konzumenta a jeho náladě (Čevela, Čeledová, 2009).

- Drogy

Od roku 1969 je dle definice Světové zdravotnické organizace za drogu považována jakákoliv látka (přírodní či uměle syntetizovaná), která je vpravena do živého organismu a může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Ačkoli psychika a tělesnost spolu úzce souvisí, z praktických důvodů se rozlišuje závislost psychická (duševní), která je považována za nejsilnější faktor, který vede k nutkavé opětovné konzumaci drogy, a dále závislost fyzická (tělesná), která se po vysazení drogy projevuje tělesnými a abstinenčními příznaky (Čevela, Čeledová, 2009).

- Sebevražednost

Sebevražednost je sociální jev, projevující se tím, že určitá společnost má stálý počet sebevražd, odpovídající její sociální struktuře, mravním a náboženským názorům a druhu četnosti vztahů mezi lidmi. Sebevražda může mít nejrůznější osobní důvody: ztrátu zaměstnání nebo jmění, rodinné problémy, žárlivost, nešťastnou lásku, opilství, šílenství nebo nechuť k životu (Čevela, Čeledová, 2009).

Podpora a prevence aktivit v oblasti duševního zdraví je základním krokem ke snížení narůstajícího společenského a ekonomického břemene, které duševní poruchy jako úzkost, deprese a stres představují a které mohou být spouštějícím faktorem pro rozhodnutí spáchat sebevraždu (Čevela, Čeledová, 2009).

- Obezita

Obezita představuje závažný celosvětový problém. Je to skupina nemocí s individuální poruchou řízení energetiky organismu s podílem dědičné náchylnosti a působení prostředí, což vede k nahromadění tukových rezerv. Obezita, kterou řadíme mezi civilizační nemoci, bývá příčinou nebo průvodním jevem chronických onemocnění. Především se jedná o onemocnění kardiovaskulárního systému, hypertenzi, následuje diabetes mellitus, onemocnění ledvin, pohybového aparátu apod. (Čevela, Čeledová, 2009).

Pro řešení civilizačních metabolických onemocnění je nutná dlouhodobá změna životního stylu a řešení problému obezity spočívá jak v motivování obézních lidí ke snížení své váhy, tak zejména v prevenci jejího vzniku a podpoře zdravého životního stylu (Čevela, Čeledová, 2009).

1.2 Očkování proti lidským papilomavirům

Tak jako jiná očkování, i očkování proti HPV pomáhá zabránit vzniku onemocnění. To znamená, že by žena měla být očkována dříve, než bude vystavena riziku nákazy HPV. Je důležité se chránit před nemocemi, které způsobuje HPV: předrakovinné poškození děložního čípku, rakovina děložního čípku, genitální bradavice, předrakovinné poškození pochvy, předrakovinné poškození zevních pohlavních orgánů. (Informační leták SILGARD®)

1.2.1 Lidské papilomaviry

Papilomaviry jsou tvořeny dvoušroubovicí DNA, jež kóduje až osm časných a dva pozdní proteiny, které se skládají do virové kapsidy. Kompletně je popsáno 96 typů (Fait a kol., 2009).

Nejvíce pravděpodobně k infekci je oblast přechodu dlaždicového a cylindrického epitelu (děložní hrdlo, anus, pharynx), kde viry napadají nezralé keratinocyty. K přenosu dochází prakticky výhradně pohlavním stykem, méně často z matky na dítě či pouhou kontaminací sekrety. Jde o nejčastější pohlavně přenosnou infekci s celoživotním rizikem infekce (Fait a kol., 2009).

1.2.2 Vakcína Cervarix

Očkování vakcínou CervarixTM chrání před pěti nejčastějšími onkogenními typy HPV virů, které způsobují více než 80 % případů rakoviny děložního čípku (Informační leták CervarixTM).

Očkování vakcínou CervarixTM proti rakovině děložního čípku je určené pro dívky a ženy mezi 10ti a 25ti lety. O tom, zda je očkování pro vás vhodné, si promluvte se svým lékařem (Informační leták CervarixTM).

Očkování sestává ze tří injekcí během šesti měsíců, které provede váš lékař. K zajištění vysoké účinnosti vakcíny je důležité dokončit celé očkovací schéma aplikací všech tří dávek. Po očkování byste měla pokračovat v pravidelných preventivních prohlídkách (Informační leták CervarixTM).

1.2.3 Kvadrivalentní HPV vakcína Silgard

SILGARD[®] je očkovací látkou, která pomáhá chránit před onemocněními, jež jsou způsobena typy HPV 6, 11, 16 a 18. Tyto jsou příčinou více než 70 % případů rakoviny děložního čípku a 90 % případů genitálních bradavic na celém světě (Informační leták SILGARD[®]).

Vakcína SILGARD[®] je určena dětem a dospívajícím ve věku 9-15 let a dospělým ženám ve věku 16-26 let (Informační leták SILGARD[®]).

Vakcína SILGARD[®] je aplikována injekčně ve třech dávkách v průběhu šesti měsíců. První dávka, se aplikuje v termínu dle domluvy s vaším lékařem. Druhá dávka se aplikuje dva měsíce po první dávce. Třetí dávka se aplikuje šest měsíců po první dávce (Informační leták SILGARD[®]).

Na podzim roku 2006 byla na světový farmaceutický trh uvedena vakcína umožňující primární prevenci karcinomu děložního hrdla, ale i dalších nemocí spojených s vakcinovanými typy lidských papilomavirů SILGARD/GARDASIL (Fait a kol., 2009).

Chrání proti více než 70% případů karcinomu děložního hrdla, ale současně i proti části nádorů vulvy, pochvy, penisu a anu. Vedle ochrany před těmito smrtelnými, mytizujícími či fertilitu ohrožujícími nádory současně zvyšuje kvalitu života významným omezením výskytu příslušných přednádorových lézí a více než 90% případů genitálních bradavic. Je také prevencí rekurentní respirační papilomatózy (Fait a kol., 2009).

Incidence karcinomu děložního hrdla v České republice je 19-22 na 100 000 žen, tedy ročně 1100-1200 nových onemocnění a 400 úmrtí. Jsou to jedna z nejhorších čísel v Evropě. Přestože prevence je plně hrazena zdravotními pojišťovnami, ženy si této možnosti neváží a svého gynekologa navštěvuje jen něco málo přes 40% žen v reprodukčním věku (Fait a kol., 2009).

2 Gynekologie

2.1 Anatomie ženského pohlavního ústrojí

2.1.1 Zevní pohlavní orgány ženy

Stydký pahorek (*mons pubis*)

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*)

Jsou dva sagitálně orientované kožní valy. Podkladem velkých stydkých pysků je kolagenní vazivo s tukovým polštářem a bohatou žilní pletení. Upínají se zde oblé vazy děložní (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*)

Kůže je bez chlupů, má vzhled sliznice a obsahuje četné mazové žlázy (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Předsíň poševní (*vestibulum vaginae*)

Takto je nazýván konkávní prostor mezi malými stydkými pysky. Ústí sem močová trubice, pochva, velké a malé předsíňové žlázy (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Velká předsíňová žláza (*glandula vestibularis major, Bartholiniho žláza*)

Žláza uložena v hloubce zadní části velkého stydkého pysku. Sekret žlázy zvlhčuje poševní předsíň (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Poštěvák (*clitoris*)

Je homologní s částí pyje, která obsahuje kavernózní tělesa. Na rozdíl od pyje však neobsahuje homolog spongiózního tělesa a neprochází jím močová trubice (Pospíšilová, Procházková, 2010).

2.1.2 Vnitřní pohlavní orgány ženy

Vaječník (*ovarium*)

Vaječník má tvar oploštělého ovoиду. Je to ženská pohlavní žláza, která v době pohlavní zralosti produkuje pohlavní buňky – vajíčka a pohlavní hormony (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Vejcovod (*tuba uterina*)

Trubicovitý párový orgán délky 10-15 cm. Vnitřní vrstvu tvoří sliznice, střední vrstvu hladká svalovina, zevní vrstvu seróza (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Děloha (*uterus*)

Silnostěnný dutý orgán hruškovitého tvaru, o délce cca 8 cm, lehce předozadně oploštělý. V děložním těle dochází k nidaci oplozeného vajíčka a probíhá zde vývoj plodu. Sliznice děložní prodělávají cyklické změny – menstruační cyklus (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Děloha má 3 části:

- tělo děložní (*corpus uteri*) je největší částí dělohy – tvoří její horní dvě třetiny;
- krček děložní (*cervix uteri*) je kaudálně menší částí dělohy – tvoří její dolní třetinu. Úponem pochvy je rozdělen v horní supravaginální část a část dolní, čípek děložní, který vyčnívá do pochvy;
- úžina děložní (*isthmus uteri*) je úzká a krátká část dělohy, vložená mezi tělo a krček v místě, kde je děložní dutina zúžena ve vnitřní branku děložní (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Děloha je uložena v malé pánvi pod dolní hranicí peritoneální dutiny – subperitoneálně. Před ní leží močový měchýř, za ní leží konečník. Mezi dělohou a rektum je nejhlubší záhyb peritoneální dutiny – Douglasův prostor ženské pánve (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Čípek děložní (*cervix uteri*)

Čípek má v průměru asi 2,5 až 3 cm a délku 3 až 5 cm. Jeho dolní konec zasahuje do pochvy, je dobře viditelný při gynekologickém vyšetření v zrcadlech, a je tak dostupný kontrole. Stejně jako děložní tělo má i čípek silnou stěnu. Jeho konzistence je na rozdíl od děložního těla tužší – obsahuje totiž menší podíl svaloviny a větší množství vazivové tkáně (<[http:// www.delozni-cipek.cz](http://www.delozni-cipek.cz) />).

Jednovrstevný cylindrický epitel endometria přechází v zevní brance děložní v mnohvrstevný dlaždicový epitel povrchu čípku. Hranice přechodu obou epitelů není v normě na čípku z vagíny viditelná – na čípku se cylindrický epitel v normě nevyskytuje. Při výskytu cylindrického epitelu na povrchu čípku se může jednat o ektopii nebo ektropium. Při ektopii je přítomnost cylindrického epitelu na čípku patologická – jde o prekancerózu. U ektropia se cylindrický epitel ocitne druhotně z nitra dělohy následkem natržení zevní branky během porodu. Stav není patologií v pravém slova smyslu a není zdravý nebezpečný (Pospíšilová, Procházková, 2010).

Pochva (*vagina*)

Nepárový, trubicovitý, předozadně oploštělý dutý orgán – spojovací článek mezi vnitřními a zevními pohlavními orgány (Pospíšilová, Procházková, 2010)

3 Onkogyneekologie

3.1 Preventivní prohlídka u gynekologa

První prohlídku u obvodního gynekologa by si měly dívky naplánovat v období od skončení první menstruace do doby zahájení sexuálního života. Výběr gynekologa je důležitý, proto by se o tom každá dívka/žena měla určitě poradit popř. vyhledat gynekologa na doporučení od členů rodiny nebo kamarádek.

Každá preventivní prohlídka začíná rozhovorem mezi lékařem a pacientkou. Důležité je odebrání vstupní anamnézy, kde lékař zjišťuje rodinné predispozice, údaje o zdravotním stavu od narození pacientky, zda-li pacientka zahájila sexuální život, sociální zázemí, zaměstnání a psychickou zátěž pacientky. Při každé další pravidelné prohlídce lékaře zajímá, zda-li má pacientka nějaké obtíže, kdy proběhla poslední menses a případné obtíže s užíváním antikoncepce.

Následuje samotné gynekologické vyšetření. Lékař vyšetřuje pacientku pohledem (*aspekce*), kde sleduje stav podbříšku, ochlupení a hráz. Dále poklepem (*perkuse*), kde zjišťuje případné rezistence v malé pánvi. Především lékař vyšetřuje pacientku pohmatem (*palpace*) pochvou (*per vaginam*), kde zjišťuje přítomnost výtoků, stav sliznice, pochvy a čípku děložního (Slezáková a kol., 2007).

Další krokem je kolposkopie. To je vyšetření děložního čípku pomocí optiky, prováděné během vaginálního vyšetření v zrcadlech. Při kolposkopii lékař provádí zároveň cytologické vyšetření, které pomáhá odhalit známky nádorového bujení nebo hormonální změny.

Preventivní prohlídky u obvodního gynekologa se doporučují provádět jednou ročně. Gynekolog by měl poučit pacientku o významu preventivní protirakovinné prohlídky, informovat pacientky o možnostech očkování proti rakovině děložního čípku a ukáže, jak se provádí samovyšetřování prsů. Ženám od 49 let do 69 let věku je doporučeno mamografické vyšetření ve dvouletých intervalech.

3.1.1 Role sestry před a při gynekologickém vyšetření

Zdravotní setra zajišťuje přípravu dívky/ženy před gynekologickým vyšetřením. Pokud jde dívka/žena poprvé na preventivní prohlídku, nebo je-li pacientka před vyšetřením nervózní, hraje zde zdravotní sestra důležitou roli. Pacientku může ještě před vstupem ordinace uklidnit a psychicky podpořit. Zajistí pacientce možnost

vymočení a hygienu genitálu. Dalé zajistí soukromí při odkládání oděvu před vstuem do ordinace. V neposlední řadě připravuje zdravotní sestra pomůcky k vyšetření (emitní miska, sterilní rukavice, podložní sklíčka, aj.) a asistuje lékaři při odběrech biologického materiálu (Slezáková a kol., 2007).

3.2 Vyšetřovací metody v gynekologii

Cytologický stěr

V buňkách jsou hledány známky nádorového bujení, zánět a hormonální změny. Odběr se provádí z transformační zóny, tj. z okolí zevní branky a z oblasti cervikálního kanálu. Buňky určené k vyšetření se odeberou vatovou štětičkou, která se otáčením otře na sklíčko. Preparát musí být ihned ponořen do fixačního roztoku, aby se zabránilo vyschnutí. V rámci prevence rakoviny jsou stěry z povrchu čípku a z cervikálního kanálu přeneseny na dvě podložní sklíčka, která musí být odpovídajícím způsobem popsána a obarvena (Rabe, 1992).

Vaginální cytologie

Povrchové epitelie pochvy prodělávají určité hormonálně závislé změny, které lze považovat za charakteristické efekty působení estrogenů nebo gestagenů. Indikován je v případech: funkční diagnostiky cyklu a při hledání příčin sterility, průkazu určitých infekcí (trichomonád, mykotických infekcí) a při postkoitálním průkazu spermií (Rabe, 1992).

Kolposkopie

Kolposkopie je optická vyšetřovací metoda, pomáhá odhalit změny na sliznici děložního čípku. Pomocí kolposkopu pozorujeme povrch čípku při 10-40 ti násobném zvětšení speciální lupou. Při kolposkopii zaujímá pacientka gynekologickou polohu. Gynekolog zavede gynekologická zrcadla, mírně je rozevře a poté dojde k fixování děložního čípku. Následně lékař otře hlen z děložního čípku a potře povrch 3% kyselinou octovou. Vyšetření je nebolestivé, může se pouze jevit jako chladivé (Rabe, 1992).

K popisu změn na děložním čípku se používá speciální názvosloví. Otevřená a uzavřená transformační zóna (OTZ, UTZ) s malými retenčními cystami, leukoplakie (L), mozaika (M), puntíkování (P), exofyticky rostoucí karcinom hrdla a endofyticky rostoucí karcinom hrdla (Rabe, 1992).

Biopsie děložního čípku

Biopsie znamená odebrání malého vzorku tkáně, přibližně o velikosti špendlíkové hlavičky, z místa atypických změn na děložním čípku (<http://www.ecca.info/cs/>).

Většina žen pocítí při odběru biopsie pouze mírné štípnutí. Vzorek je následně odeslán do laboratoře na mikroskopické vyšetření, při kterém se zachytí případný výskyt atypických změn. Po odběru biopsie se může vyskytnout mírné krvácení, které trvá 3-4 dny (<http://www.ecca.info/cs/>).

3.3 Vývoj přednádorového onemocnění čípku děložního

Prekancerózy děložního hrdla (=dysplázie, přednádorové změny) jsou změny, které předcházejí nádorovému onemocnění. Jsou převážně způsobené infekcí, kmenem HPV viru. HPV infekce je nejčastějším sexuálně přenosným onemocněním. Přenos se uskutečňuje především pohlavním stykem, vstupní branou infekce jsou mikrotraumata kůže a sliznic. Proces maligní transformace je vícestupňový děj, kde významnou roli hraje řada podpůrných faktorů jako např. imunodeficience, kouření, promiskuita, dlouhodobé užívání antikoncepce a špatné socioekonomické podmínky (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Rozdělení a hodnocení gynekologických cytologických nálezů podle Papanicolaoua:

Pap I – normální obraz;

Pap II – normální obraz buněk s více či méně vyjádřenými zánětlivými změnami

(příměs leukocytů a mikroorganismů) nebo degenerativní změny;

Pap III – nejasný, nejistý obraz, podmíněný těžšími změnami zánětlivými,

atrofickými nebo degenerativními, popř. těžce regresivně změněné buňky;

Pap IV – patologické buňky (těžká dysplazie, buněčná atypie): podezření na

karcinom, podezření na mikrokarcinom, sporná počínající invaze;

Pap V – masivní výskyt jednoznačně maligních tumorózních buněk: vysoce

podezřelé z invazivního karcinomu (Rabe, 1992).

Buněčné změny ohraničené pouze na vrtvě epitelu, které nemají schopnost metastazovat dělíme na:

- LG léze (low-grade) – změny lehkého stupně, které ve většině případů dokáže organismus ženy zlikvidovat bez chirurgického výkonu;
- HG léze (high-grade) – změny vysokého stupně, které lze ošetřit chirurgickým zákrokem (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Klasifikace prekanceróz děložního hrdla dělíme na:

- CIN 1 (cervikální intraepiteliální neoplazie 1. stupně) – jinak také mírná dysplázie, je na histologické úrovni charakterizována přítomností změn v dolní 1/3 epitelu, zde jsou poruchy maturace s jadernými atypii;
- CIN 2 (cervikální intraepiteliální neoplazie 2. stupně) – jinak také střední dysplázie, je charakterizována maturací horní 1/3 epitelu, v dolních 2/3 jsou známky poruch maturace;
- CIN 3 (cervikální intraepiteliální neoplazie 3. stupně) – jinak také těžká dysplázie, zahrnuje i dlaždicobuněčný karcinom *in situ*, na histologické úrovni jsou známky maturace v celé šíři epitelu;
- invazivní nádor (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

3.4 Gynekologické operace

Rozhodování o chirurgické léčbě gynekologického onemocnění a volba druhu operace musí vycházet ze zásady indikace a přiměřenosti výkonu s přihlédnutím k povaze onemocnění a věku pacientky i k očekávanému léčebnému efektu. Operační léčbě předchází předoperační vyšetření a předoperační příprava, popřípadě i jiná indikovaná léčba (Kudela a kol., 2008).

3.4.1 Psychologický přístup k pacientce před operačním výkonem (konizací)

„Časový úsek ještě před operací, v době vyjasňování diagnózy bývá prožíván jako nejvíce zátěžový a stresující moment. Sám operativní zákrok je rovněž prožíván jako velmi zátěžový mimo jiné i z důvodů dalšího vyjasnění diagnózy, které s ním bývá spojeno. Proces adaptace tím ale ještě zdaleka nekončí, ten pokračuje dlouhou dobu po zákroku a představuje dlouhodobý problém nejen pro pacienta samého, ale i pro rodinu a další příbuzné pacienta“ (Tschuschke, 2004, str. 39).

V průběhu předoperačního období bychom měli od pacientky zjistit, jak vnímá příčinu dysplázie čípku děložního, postup jejího řešení – konizace a očekávání od plánované operace. Po vyslechnutí pacientky bychom ji měli informovat o průběhu předoperační přípravy. Provádí-li se konizace v celkové anestezii, neměla by pacientka 6-8 hodin před výkonem nic jíst, pít a neměla by kouřit.

„Nástup do nemocnice a plánovaná operace je velice stresující zkušeností, zejména pro starší ženy a ty pacientky, které ještě nebyly hospitalizovány. Při tomto stresu je velice obtížné „otevřít svou duši“ a hovořit o intimních problémech“ (Slezáková a kol., 2007, str. 35). Proto je důležité, aby sestra pacientku ujistila, že ji nehrozí nebezpečí, a že ošetřující personál usiluje o její uzdravení a psychickou pohodu. Zdravotní sestra by měla dát prostor možným dotazům pacientky a vstřícně všechny odpovědět.

3.4.2 Malé gynekologické operace

Malé gynekologické operace provádíme buď v místním znecitlivění, analgezii nebo krátkodobé anestezii. Obvykle jde o výkony ambulantní nebo ústavní s krátkodobou hospitalizací. Mezi nejčastější gynekologické operace této skupiny patří následující:

- miniinterrupce, interrupce;
- kyretáž – odstranění obsahu dutiny děložní, provádíme např. při nepravidelném krvácení;
- sondáž dělohy;
- dilatace děložního hrdla;
- punkce Douglasova prostoru;
- ablace polypu – snesení polypu z čípku děložního;
- excize, biopsie čípku děložního – metoda k získání bioptického vzorku určená k histopatologickému vyšetření (Slezáková a kol., 2007).

2.4.2 Velké operační výkony

Velké operační výkony provádíme zpravidla v celkové nebo epidurální anestezii. Jedná se o výkony z abdominálního nebo vaginálního přístupu, případně o kombinaci obou (Kudela a kol., 2008).

Nejčastěji prováděné abdominální operace:

- ovarektomie – odstranění vaječníku;
- salpingektomie – odstranění vejcovodu;
- cystektomie – odstranění cysty na vaječníku;
- hysterektomie – odstranění dělohy
- radikální hysterektomie dle Wertheima – odstranění dělohy, parametria, horní části pochvy, vaziv, uzlin, vaječníků a vejcovodů;
- sectio Ceasarea – císařský řez (Slezáková a kol., 2007).

Nejčastěji prováděné vaginální operace:

- vaginální hysterektomie;
- vulvektomie – odstranění malých a velkých stydkých pysků, klitorisu, eventuelně hráze;
- poševní plastiky – plastické úpravy pochvy;
- amputace děložního čípku – úplné odstranění děložního čípku;
- **konizace** (Slezáková a kol., 2007).

Konizace děložního hrdla jsou většinou diagnostické výkony spočívající v kuželovitém vytěti části děložního hrdla. Indikacemi jsou prekancerózy zjištěné na podkladě cytologického nebo kolposkopického vyšetření a může mít v některých případech i terapeutický význam (Kudela a kol., 2008).

Konizaci indikujeme též tam, kde vzhledem k limitované velikosti vzorku nedostačuje předchozí histopatologický nález k terapeutické rozvaze. Závěr histopatologického vyšetření, konizátu, by měl vždy obsahovat i údaje o velikosti, v

kolika blocích byl zpracován a stav zachovalosti epitelu. U nádoru potom též jeho histologický typ, stupeň diferenciacie, hloubku invaze a přítomnost angioinvaze (<http://www.zdn.cz/clanek/>).

Konizace se provádí skalpelem (cold knife, konizace sec. Scott), nůžkami, vysokofrekvenční elektrickou kličkou (LEEP, LOOP), nebo jehlou (needle exciton of transformation zone – NETZ), nebo také laserová konizace a také konizace kombinovanou technikou (jehlou + nůžkami, různě velkými kličkami). Dostupnost i snadnost provedení vede k dominanci elektrofekvenčních metod (konizace kličkou, praporkem a jehlou). Ostatní metody jsou s ohledem na náročnost provedení (laserová konizace) nebo méně optimální výsledky pro následné těhotenství či sledování (cold knife konizace) prakticky opuštěny, případně vymezeny pro definované stavy (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

3.4.4 Laparoskopické operační výkony

Laparoskopické operační výkony navazují na diagnostickou laparoskopii. Můžeme jmenovat operace na vejcovodech, mezi které patří salpingektomie, salpingotomie, tvární neostomie a sterilizace. Mezi laparoskopické operační výkony také patří operace na ovariích, do kterých zahrnujeme ovariectomii, marsupializace ovariální cysty, devitalizace výstelky cysty a exstirpace celé cysty. Mezi laparoskopické operace na děloze patří hysterektomie, laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie a enukleace subserózního nebo intramulárního myomu (Kudela a kol., 2008).

3.4.5 Psychologický přístup k pacientce po operačním výkonu (konizaci)

Po operačním výkonu je pro pacientku prioritou, aby jí zdravotní sestra (popř. rodina) byla velkou psychickou oporou. Potřebuje se ujistit, že výkon – konizace, proběhl bez komplikací.

Hlavním úkolem sestry po prodělaném výkonu je seznámit pacientku s následným léčebným režimem. Zdůraznit bychom měli především délku léčebného režimu, dodržování hygienických zásad, užívání antikoncepce a věnovat pozornost také změnám v sexuální životě. Všechny tyto změny mají velký vliv na psychiku ženy. Pacientka se může cítit po konizaci méněcenná a může mít obavy ze snížené sexuální aktivity. Proto bychom zde edukaci rozhodně neměli podceňovat. Opět bychom měli pacientce poskytnout prostor na případné dotazy, popřípadě pomocí zpětné vazby zjistit, zda-li pacientka všemu porozuměla.

Měli bychom zde také věnovat pozornost prevenci onemocnění a informovat pacientku, že nastolení zdravého životního stylu může zabránit případné recidivě onemocnění (dysplázii děložního čípku). Pacientka by neměla prevenci možné recidivy brát na lehkou váhu i z důvodu následného těhotenství. U většiny těhotných žen po konizaci se jedná o rizikové těhotenství a tím souvisí i dodržování klidového režimu. Patientky po konizaci jsou sledovány obvodním gynekologem každých 6 měsíců.

4 Možnosti podpůrné léčby

Podpůrné a alternativní metody léčby vycházejí z důležité představy – nemoc není pouze postižení těla, ale také postižení psychické stránky člověka a jeho duše. Podpůrné léčby se využívá současně se standardní léčbou. Může zmírňovat nežádoucí účinky léčby a pomáhat pacientkám zlepšit psychickou pohodu, zmírnit či odstranit stres a smířit se s diagnózou.

4.1 Psychologie

„Bez poznání sebe sama a vlastního sebeovládání, nebudeme schopni pomoci ostatním, kteří prožívají stresové situace“ (Mastiliaková, 2007, str. 12).

Z důvodu velkého rozsahu tohoto tématu uvádím v této podkapitole vybrané kapitoly z psychologie nemoci.

4.1.1 Psychosociální dopad na onkologicky nemocné ženy

Žena, která zjistí přednádorové (nádorové) onemocnění, je v těžkém psychickém stavu. Mohou se jí zhroutit její životní jistoty a plány a často se nachází v přímém ohrožení života. Reaguje plačtivostí, depresí a také verbální agresí vůči okolí i nemocničnímu personálu. Gynekologické onemocnění a jeho léčba přináší ženě zhoršení životního komfortu, utrpení, často také změnu sociálních vztahů, životního stylu a pohledu na životní hodnoty apod. Žena se také musí vyrovnat s pracovní neschopností a někdy také s trvalými následky (Slezáková a kol., 2011).

Zdravotníci si musí tyto skutečnosti uvědomovat, musí mít základní vědomosti o psychice těchto patientek a základech psychoterapie (Slezáková a kol., 2011).

V dnešní době klademe důraz na přiměřené informování nemocných, podáváme pravdivé informace s ohledem na to, do jaké míry je dosud pacientka o svém stavu a

chorobě informovaná. Současně pacientku informujeme o dalších možnostech léčby a nutnosti aktivní spolupráce v průběhu léčby. Velmi důležité je, snažit se zapojit rodinu pacientky, která se často stane její největší oporou (Slezáková a kol., 2011).

4.1.2 Jednotlivá stadia prožívání nemoci

Za první stadium nemoci považujeme zjištění nemoci – období šoku. Toto období je časově omezené a několik dnů, kdy pacientka není schopná pochopit, proč tato událost potkala právě ji (Slezáková a kol., 2011).

Jako druhé stadium je popření a stažení sama sebe do izolace. Pacientka věří v omyl, který se určitě nějakým způsobem vysvětlí (Slezáková a kol., 2011).

Třetím stadiem je období zloby, hněvu. Pacientka se chová ke svému okolí agresivně, prožívá životní krizi a projevuje se u ní pocit křivdy a nespravedlnosti (Slezáková a kol., 2011).

Čtvrté stadium je období smlouvání. Pacientka začíná komunikovat na racionální úrovni o čase. Ptá se lékaře na názor, zda se dožije důležitých životních událostí v rodině. Pacientka vyhledává alternativní způsob léčby (Slezáková a kol., 2011).

Páté stadium prožívání nemoci je deprese. Pacientka si uvědomuje ztrátu životních hodnot a stále přetrvávají iracionální pocity provinění. Pacientka se ponoří do svého strachu a úzkosti, může trpět neklidem či strnulostí. Klientka by neměla zůstat sama a opuštěná. (Slezáková a kol., 2011).

Poslední stadium je akceptace skutečnosti. Nastane psychické uvolnění, pacientka chce spolupracovat a znát následný postup léčby (Slezáková a kol., 2011).

4.1.3 Psychologický přístup ke gynekologicky nemocné pacientce

Pohled na gynekologicky nemocnou pacientku se v průběhu onemocnění mění. Vhodné je určitě nepodporovat pasivitu pacientky a její negativní postoj k nemoci. Snažíme se v pacientce probudit hrdinný postoj a pozitivní přístup, který jí usnadní lépe snášet svoje onemocnění (Vorlíček, Vorlíčková, 1993).

Jak můžeme psychologicky pomoci gynekologicky nemocné pacientce:

- nemocným pacientkám umožňujeme a podporujeme vyjádření jejich emocí, negativních – strach, úzkost i pozitivních – naděje, přání;

- nemocných pacientek se aktivně ptáme, co pro ně můžeme udělat, zájmem o jejich osobu podpoříme účast pacientky na léčbě;
- snažíme se tolerovat u pacientek výkyvy nálad a necháme je tak projevit veškeré emoce;
- pomatujeme že empatie je vstřícnost, vnímavé vcítění se a reagování na potřeby pacientek;
- pozorně nasloucháme a projevujeme porozumění, snažme se u nemocných pacientek vyhýbat kritice, co je a co není správné a normální v prožívání;
- snažme se pacientku podporovat v jejích životních aktivitách a pomoci ji hledat nový smysl života;
- oceňujeme u pacientky zodpovědnost a přístup k léčbě, podporujeme ji v aktivní spolupráci a chvalme případné úspěchy;
- pamatujeme, že své pacientky můžeme dobře ošetřovat jen tehdy, když budeme samy v dobré psychické a fyzické kondici, naučme se odpočívat, radovat se a dělat něco pro sebe (Vorlíček, Vorlíčková, 1993).

4.2 Komunikace (mezi zdravotní sestrou a pacientkou)

„Komunikace představuje moc. Kdo se naučí ji efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i ohled, kterým svět ohlíží na něj“ Anthony Robbins.

Mezilidská komunikace je symbolickým vyjádřením sociální interakce. (Sociální interakce vyjadřuje vzájemné působení jedinců nebo skupin. Jeden subjekt působí svým chováním na jiný subjekt a toto chování se stává podnětem pro reakci druhého.) Povahu interakce vyjadřuje komunikace prostřednictvím symbolů (písmo, mluvené slovo, obrázky, gesta, činnost) (Exnerová, 2006).

Důležité jsou okolnosti, za kterých komunikace probíhá. Na probíhající komunikaci má vliv motivace člověka, jeho aktuální emoce, rovina vztahu mezi komunikujícími a jejich osobnostní rysy. V dnešní době je také stále naléhavější si uvědomovat vliv odlišných kulturních vzorců chování (Exnerová, 2006).

4.2.1 Zdravotní sestra

Role zdravotní sestry:

- pečovatelka – sestra poskytuje základní ošetrovatelskou péči, identifikuje ošetrovatelské problémy a plánuje jejich řešení;
- edukátorka – nemocného a jeho rodiny (vede k prevenci, učí upevňovat zdraví, učí potřebné osoby soběstačnosti, učí žít i s dlouhodobým onemocněním a praktickým dovednostem k tomu potřebným);
- obhájkyňe – nemocného pomáhá nemocnému projevit jeho potřeby;
- koordinátorka – spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského zdravotnického týmu, s nemocným a jeho rodinou;
- asistentka – připravuje nemocného na vyšetření, asistuje při něm (Staňková, 2002).

Myslím si, že pro mé téma bakalářské práce je velmi důležitá role *edukátorky*. U pacientek po gynekologickém výkonu (konizaci) je potřebná dostatečná edukace pacientky. Zdravotní sestra by měla brát na vědomí, že je pacientka po výkonu rozrušená a v určitém psychickém rozpoložení a podle toho k pacientce přistupovat. Je potřeba, aby si zdravotní sestra po rozhovoru s pacientkou ověřila, zdali pacientka všemu porozuměla, popřípadě jestli nemá další otázky týkající se následné léčby.

V souvislosti s prací zdravotních sester se také mluví o první a druhé kompetenci. První kompetence je označení pro „technickou stránku“ práce zdravotní sestry, druhá kompetence označuje stránku psychologickou, která představuje interakci mezi sestrou a pacientem. Předpokladem pro sociální kompetentnost je *emoční inteligence*. Tento termín znamená komplexní způsobilost řešit emocionální problémy. D. Goleman vychází z typologie inteligence H. Gardnera a chápe emoční inteligenci jako úspěšné zvládání mezilidských vztahů (Exnerová, 2006).

Struktura emoční inteligence podle D. Golemana (schopnosti vztahující se k vlastní osobě):

- sebeuvědomění: schopnost orientovat se ve vlastních duševních pochodech a stavech, cit pro vlastní emoce a schopnost zhodnotit jejich dopad;

- sebeovládání: schopnost zvládat okamžité impulsy a emoce, schopnost nést odpovědnost za vlastní chování za pracovní výkon, schopnost přijímat nebo produkovat nové nápady;
- motivace k vyšším cílům: emoční tendence vedoucí nebo usnadňující vzestup jako ctižádostivost v podobě snahy o zlepšení své práce (Goleman, 2000).

kompetence v oblasti mezilidských vztahů:

- empatie (vcítění): uvědomování si pocitů, potřeb, zájmů ostatních lidí, schopnost a ochota k nim přihlížet a ovlivňovat je;
- obratnost ve společenském styku: schopnost jasně a přesvědčivě komunikovat, ovlivňovat, schopnost docílit žádoucí reakce ze strany ostatních, schopnost vytvářet vazby, zvládat konflikty, spolupracovat, ochota ke změnám (Goleman, 2000).

Na zdravotní sestru je kladeno mnoho nároků. Očekává se od ní také kompetentní psychologická činnost: sestra musí umět komunikovat a správně vést rozhovor s pacientem, adekvátně reagovat na pacientovo sdělení, uklidnit ho, pomoci, zkonkretizovat problém, musí ho umět informovat, edukovat a mnoho dalšího. Další neodmyslitelnou vlastností zdravotní sestry je empatie, která je definována jako schopnost vcítit se do pocitů, myšlení a jednání druhé osoby.

4.2.2 Pacient

Pacientem je člověk, který je hospitalizován z důvodu nemoci. Od pacientů, obecně, se očekává, že se budou řídit radami a pokyny zdravotníků a bude dělat něco pro to, aby se jeho stav zlepšil. Pacient také očekává pozitivní odezvu od personálu, především povzbuzení, porozumění a také zvýšený zájem o svoji osobu.

Pro optimální přístup k pacientovi je třeba vycházet ze tří základních okolností: biologické, psychologické a sociální. Vycházet při péči o nemocného jen z objektivních nálezů je nedostatečné. Pacientův stav s sebou nese nepříjemné pocity, jen výjimečně pacienti svoji nemoc vítají, protože jim přináší nějaký zisk (především psychologický a sociální). Ostatní pacienti však kromě zdravotních problémů řeší i řadu osobních a pracovních problémů. Není tedy divu, že jsou pacienti při komunikaci rozladění, nesoustředění, zmatení a především hodně citliví. Na svoji situaci reagují rozličně, a

proto je třeba, aby zdravotní sestra přistupovala ke každému pacientovi individuálně a využila empatie (Exnerová, 2006).

4.2.3 Rozhovor

Rozhovor chápeme jako rozmluvu, konverzaci, popovídání dvou nebo více osob. Lidé si v rozhovoru mohou vyměňovat informace věcné povahy, ale také informace o vztazích mezi sebou a navíc mohou vztahy v průběhu komunikace utvářet, rozvíjet, budovat. Rozhovor může také přinášet korekci postojů. Důležitou podmínkou je však vzájemná důvěra, aby si lidé mohli sdělovat své názory nezkresleně a upřímně (Exnerová, 2006).

Určité typy rozhovoru:

- Rozhovor jako vnímavá přítomnost

Cílem tu není povšimnout si všech detailů ve verbálních i neverbálních sděleních, rychle je analyzovat a vyhodnotit, ale spíše se „vyladit“ na druhého a vnímat celkový dojem. Vede-li sestra takový rozhovor s pacientem, vždy jde o situaci asymetrickou, vždy je jedna strana autoritativnější (sestra) a řeší se výhradně problémy pacientů. Sestra nejčastěji iniciuje a vede tento rozhovor a to od ní vyžaduje být soustředěná a angažovaně přítomná (Exnerová, 2006).

- Dialog

Je pro něj charakteristický společný cíl účastníků, jejich vzájemné ovlivňování a vývoj vztahů a vzájemné obohacování informacemi (Exnerová, 2006).

- Naslouchání

Jestliže je cílem rozhovoru pacientovi pomoci, pak mu nelze upírat možnost aktivního vstupu. Rozhovor tedy začíná nasloucháním toho, kdo pomáhá – zdravotní sestry. Naslouchat je velmi obtížné – nacházíme řadu příčin jako je nesoustředěnost, netrpělivost, nezájem, negativní vztah ke klientovi, únava nebo strach (Exnerová, 2006).

Zdravotní sestra by měla znát jak efektivně naslouchat – uklidnit toho, kdo hovoří – dát najevo, že pocity pacienta akceptujeme – dát pacientovi najevo, že chceme naslouchat – poskytnout pacientovi jednoduchou ozvěnu (zopakovat pár posledních slov) – poskytnout pacientovi odezvu (kde vlastními slovy zdravotní sestra formuluje

hlavní myšlenku, hovořící dostává zpětnou vazbu) – nabídnout pacientovi shrnutí – nevášat vlastní témata – povzbuzovat pacienta, klademe vhodně formulované otázky (Exnerová, 2006).

- Amnestický rozhovor

Je to strukturovaný rozhovor, jehož cílem je v případě zdravotní sestry ošetrovatelský plán. Zdravotní sestra klade otázky a pacient odpovídá. Při tomto rozhovoru má být komunikace oboustranná. Zdravotní sestra se ptá, ale i odpovídá a také vysvětluje, poskytuje podporu (Exnerová, 2006).

Amnestický rozhovor většinou začíná kontakt mezi zdravotní sestrou a pacientem. Znamená to ovšem dbát na základní pravidla slušného chování – vstát, podat ruku, představit se, nabídnout židli k sezení. Také to znamená dbát na tón hlasu, mimiku včetně očního kontaktu, držení a polohu těla a gesta. Důležité je mít při rozhovoru dostatek času, nespěchat, mít trpělivost a počkat si na odpověď (Exnerová, 2006).

- Rozhovor s psychoterapeutickou hodnotou

Tento rozhovor je méně strukturovaný a vede ho zdravotní sestra. Pacient má mít možnost vyjadřovat se volně a zdravotník by měl být méně autoritativní, komunikace nedirektivní. Cílem tohoto rozhovoru je psychoterapeutický účinek. Významná je zde snaha pomoci pacientovi, aby porozuměl své nemoci a byl motivován pro větší spolupráci při léčbě (Exnerová, 2006).

Důležitá je také role sestry při vedeném rozhovoru. Můžeme rozlišit dvě role: role bezprostředního účastníka a role pozorovatele rozhovoru. Zdravotní sestra by měla opustit od autoritativní formy, i když úplně se své role vzdát nemůže. Autoritativní postoj blokuje komunikaci a některé pacienty provokuje k opozici. Zdravotní sestra rozhovor usměrňuje a nenásilně vede. Také vede pacienta k tomu, aby byl konkrétní a vyjadřoval se srozumitelně. Pacient při tomto rozhovoru není jen pasivní příjemce informací. Jeho role spočívá v tom, že mluví o svých pocitech, názorech, problémech a o svém životě (Exnerová, 2006).

Zdravotní sestra by měla také vědět, jak se pacienta ptát na určité otázky. Chceme-li, aby se pacient volně rozhovořil, je třeba klást otevřené otázky. Tyto otázky vyžadují nebo umožňují podrobnější odpověď, rozvíjí myšlenky, odkrývá pocity a

představy o řešení (např. „Jak se Vám to stalo?“). Pokud potřebujeme stručnou a jasnou odpověď, většinou je odpovědí „ano“ nebo „ne“, použijeme uzavřené otázky (např. „Snídal jste dnes ráno?“). Nevhodné jsou cílené otázky. Obsahují odpověď, kterou formuloval tazatel. Pacient v takovém případě řekne jen to, o čem si myslí, že zdravotní sestru uspokojí (např. „Proč si myslíte, že je tento závěr dobrý?“). Všechny otázky by měly být krátké, jasné a srozumitelné. Zdravotní sestra by se také měla snažit, aby pacient věděl, proč se ho ptáme. Na závěr rozhovoru můžeme položit souhrnnou otázku (např. „Shrňme si, kam až jsme se dostali Je to tak správně?“) (Exnerová, 2006).

Zdravotní sestra by se nikdy neměla vyhýbat rozhovorům s pacientkami. I běžné popovídání může mít na pacientku velmi dobré a zároveň uklidňující účinky. Rozhovor zdravotním sestram přináší mnoho důležitých informací, a proto je důležité, aby se pacientka při rozhovoru cítila bezpečně. Pacientky určitě také přivítají vstřícnost, trpělivost a empatii od zdravotní sestry.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit, zda-li jsou pacientky dostatečně edukovány před i po konizaci.

Cíl č. 2: Zjistit životní styl pacientek, které podstoupily konizaci.

Cíl č. 3: Vytvořit edukační materiál pro pacientky po konizaci.

5.2 Formulování hypotéz

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že více než polovina respondentek, které podstoupily konizaci, je mladší 35 let.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že více než polovina respondentek nedodržuje zásady zdravého životního stylu.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že více než polovina respondentek je nedostatečně edukována před i po konizaci.

5.3 Metoda výzkumu

Pro tento výzkum byla použita kvantitativní metoda pomocí dotazníku. Vytisknutý dotazník byl rozdán vybraným skupinám respondentek. Dotazník byl vytvořen samostatně za odborného dohledu vedoucí práce. V úvodu dotazníku jsem respondentky ujistila, že dotazník je anonymní a slouží pouze k výzkumným účelům mé práce.

Dotazník obsahuje 19 otázek rozdělených do čtyř částí. V první části zjišťujeme věk a místo hospitalizace respondentek. V druhé části se zabýváme životním stylem respondentek. Ve třetí části zjišťujeme sociální podmínky respondentek. Ve čtvrté části dotazníku zjišťujeme informovanost respondentek o výkonu, který podstoupily. V dotazníku je 18 otázek uzavřených, kde bylo na výběr z odpovědí a) – d). Jedna otázka je otevřená.

5.4 Výzkumný vzorek

Dvěma cílovými skupinami tohoto výzkumu se staly pacientky, které podstoupily konizaci. První skupina respondentek podstoupila konizaci v Krajské nemocnici Liberec

a druhá skupina respondentek podstoupila konizaci v nemocnici Jablonec nad Nisou. Dohromady bylo rozdáno 80 dotazníků. Konečný počet respondentek, které dotazník vyplnily, byl 70, tj. 38 z Liberce a 32 z Jablonce nad Nisou. Návratnost činila 87,5%.

5.5 Místo a čas sběru dat

Dotazníkové šetření se uskutečnilo v období od ledna do března roku 2012 na gynekologicko-porodnickém oddělení v Krajské nemocnici Liberec a v Nemocnici Jablonec nad Nisou.

5.6 Zpracování získaných dat

Získané údaje byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2007. K údajům byla vypočtena relativní četnost, která udává, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu. Nejčastěji se násobí 100 a poté se udává v %. Ke každé dotazníkové otázce je vytvořena četnostní tabulka a sloupcový graf. Dotazník je součástí příloh.

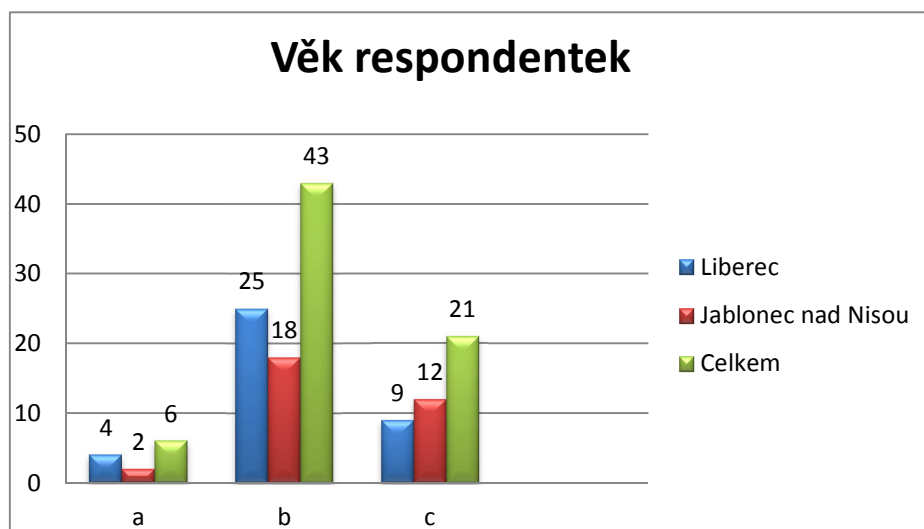
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO ANALÝZA

Otázka č. 1: Věk:

a) 18 let a méně

b) 19 – 35 let

c) 36 let a více



Graf 01 – Věk respondentek

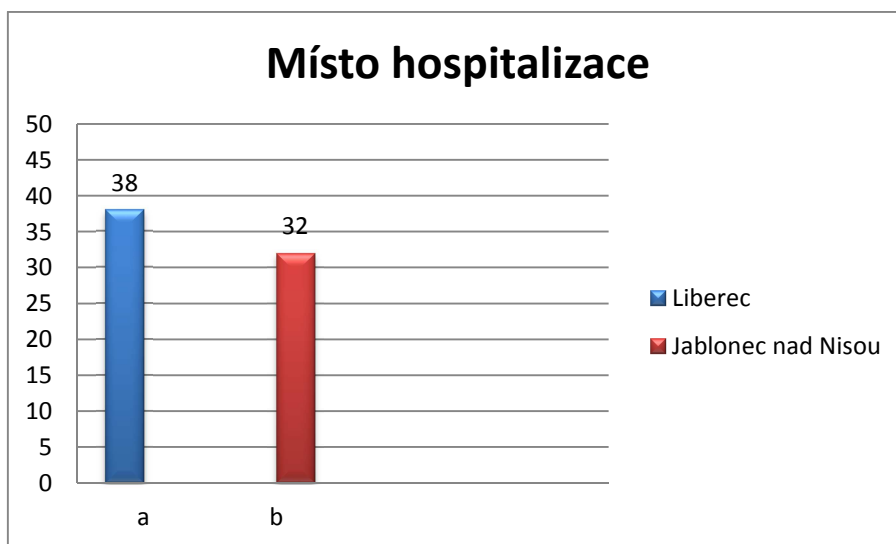
Tab. 01 – Věk respondentek

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	4	10,53%	2	6,25%	6	8,57%
B	25	65,79%	18	56,25%	43	61,43%
C	9	23,68%	12	37,50%	21	30,00%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

První otázka v dotazníku byla zaměřena na věk pacientek, které podstoupily konizaci. Celkem 6 (8,57%) respondentek je mladších osmnácti let. Celkem 43 (61,43%) respondentek udává věk v rozmezí 19 – 35 let. Celkem 21 (30,00%) respondentek je starších šest a třiceti let.

Otázka č. 2: Vaše hospitalizace probíhá v:

- a) Krajské nemocnici Liberec a.s.
- b) Nemocnici Jablonec nad Nisou p.o.



Graf 02 – Místo hospitalizace

Tab. 02 – Místo hospitalizace

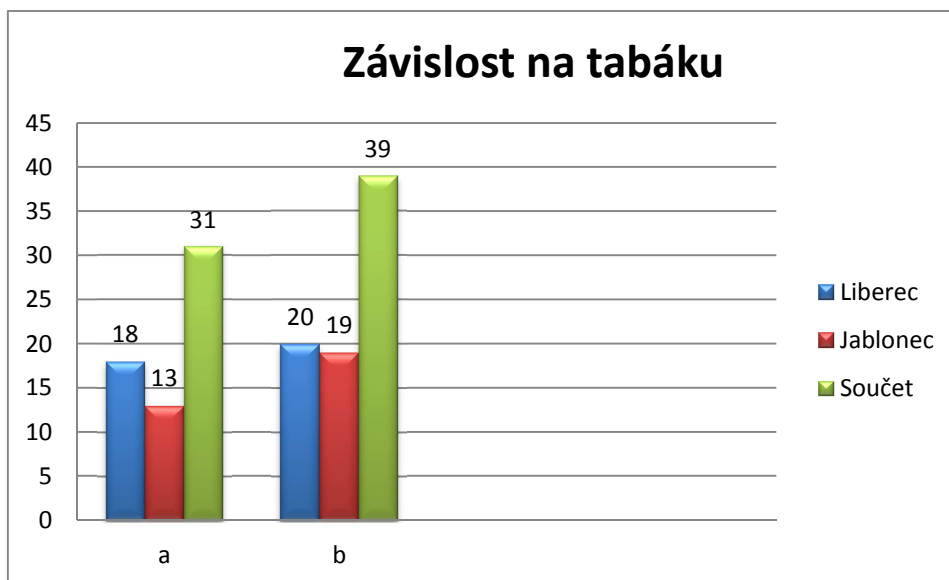
Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	0	0,00%	32	100,00%	32	45,71%
B	38	100,00%	0	0,00%	38	54,29%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

Jak již bylo zmíněno, bylo rozdáno celkem 80 dotazníků. Z toho vyplnilo dotazník 38 respondentek z Krajské nemocnice Liberec a 32 respondentek z Nemocnice Jablonec nad Nisou. Návratnost činila 70 (87,5%) vyplněných dotazníků.

Otázka č. 3: Kouříte?:

a) Ano

b) Ne



Graf 03 – Závislost na tabáku

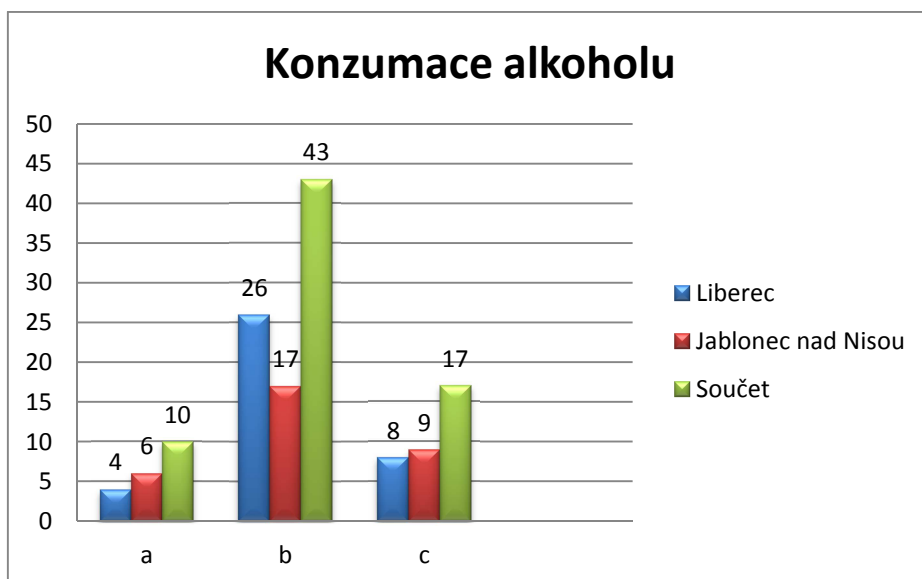
Tab. 03 – Závislost na tabáku

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	18	47,37%	13	40,63%	31	44,29%
B	20	52,63%	19	59,38%	39	55,71%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

Otázka číslo 3 byla položena respondentkám z důvodu závislosti na tabáku. Závislost na tabáku potvrdilo 18 (47,37%) respondentek z Liberce a 13 (40,63%) z Jablonce nad Nisou. Nekouří 20 (52,63%) respondentek z Liberce a 19 (59,38%) z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 4: Pijete alkohol?:

- a) Vypiji více než 2 skleničky alkoholu denně (pivo, víno, tvrdý alkohol)
- b) Vypiji max. 1 skleničku nápoje s nižším obsahem alkoholu denně (pivo, víno)
- c) Nepiji alkohol vůbec



Graf 04 – Konzumace alkoholu

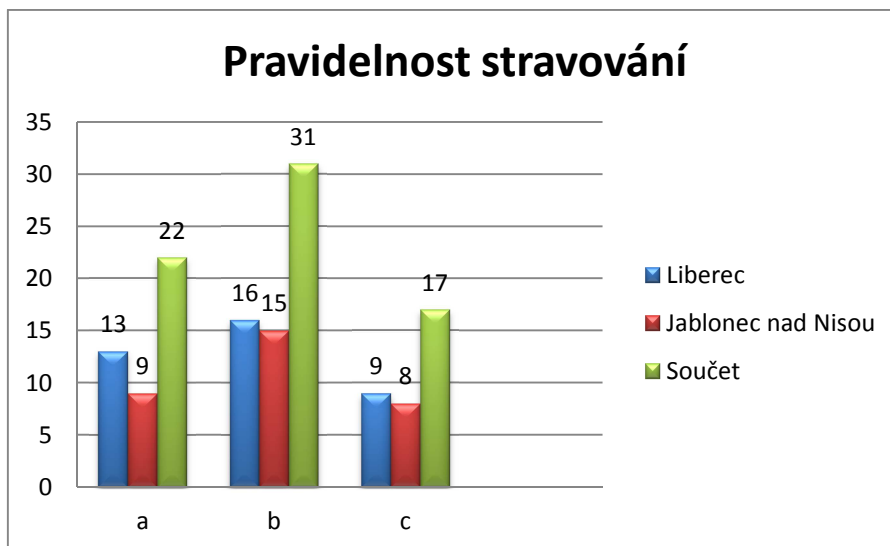
Tab. 04 – Konzumace alkoholu

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	4	10,53%	6	18,75%	10	14,29%
B	26	68,42%	17	53,13%	43	61,43%
C	8	21,05%	9	28,13%	17	24,29%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

V otázce číslo 4 se zjišťovalo, zdali a v jakém množství respondentky konzumují alkohol. Denně vypijí více než 2 skleničky alkoholu 4 (10,53%) respondentky z Liberce a 6 (18,75%) respondentek z Jablonce nad Nisou. Maximálně 1 skleničku alkoholů denně vypije 26 (68,42%) respondentek z Liberce a 17 (53,13%) respondentek z Jablonce nad Nisou. Alkohol vůbec nekonzumuje 8 (21,05%) respondentek z Liberce a 9 (28,13%) respondentek z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 5: Stravujete se pravidelně 5x denně?:

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne



Graf 05 – Pravidelnost stravování

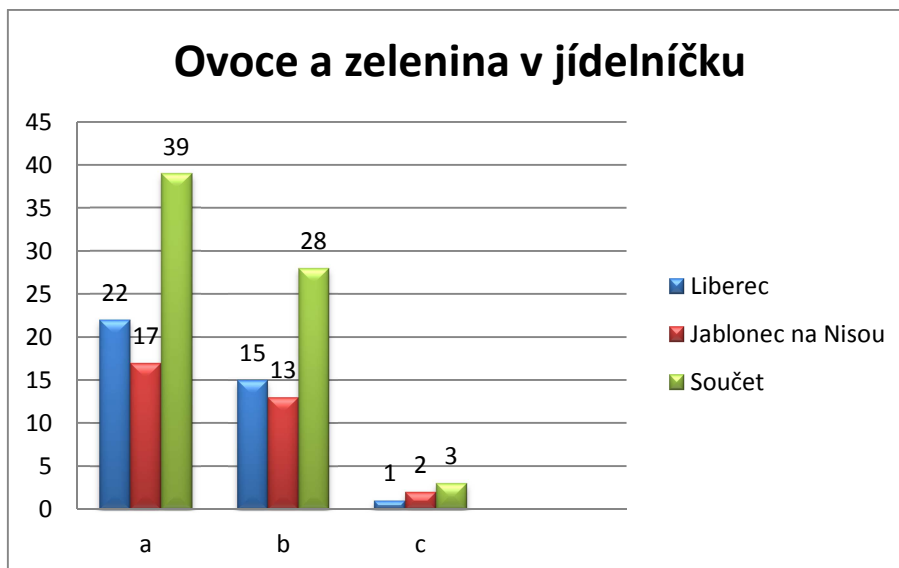
Tab. 05 – Pravidelnost stravování

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	13	34,21%	9	28,13%	22	31,43%
B	16	42,11%	15	46,88%	31	44,29%
C	9	23,68%	8	25,00%	17	24,29%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

V otázce číslo 5 nás zajímalo, zdali respondentky dodržují pravidelnost stravy pět krát denně. Pravidelně se stravuje 13 (34,21%) respondentek z Liberce a 9 (28,13%) respondentek z Jablonce nad Nisou, tj. celkem 22 (31,43%) respondentek. Občas se pravidelně stravuje 16 (42,11%) respondentek z Liberce a 15 (46,88%) respondentek z Jablonce nad Nisou. Nepravidelně se stravuje 9 (23,68%) respondentek z Liberce a 8 (25,00%) respondentek z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 6: Jíte ovoce a zeleninu?:

- a) Ano, každý den
- b) Občas, podle chuti
- c) Vůbec



Graf 06 – Ovoce a zelenina v jídelníčku

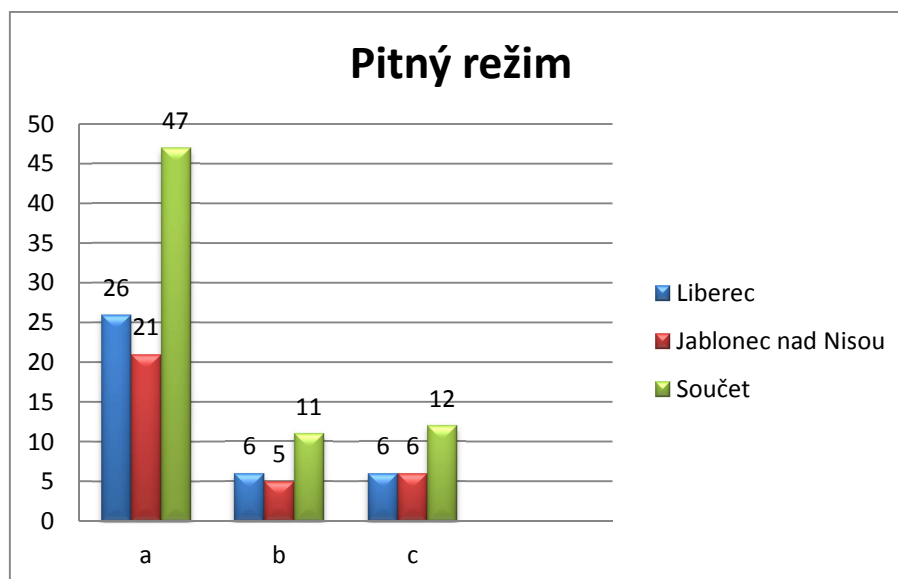
Tab. 06 – Ovoce a zelenina v jídelníčku

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	22	57,89%	17	53,13%	39	55,71%
B	15	39,47%	13	40,63%	28	40,00%
C	1	2,63%	2	6,25%	3	4,29%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

Pravidelně ovoce a zeleninu jí 22 (57,89%) respondentek z Liberce a 17 (53,13%) respondentek z Jablonce nad Nisou. Podle chuti konzumuje ovoce a zeleninu 15 (39,47%) respondentek z Liberce a 13 (40,63%) respondentek z Jablonce nad Nisou. Vůbec zeleninu a ovoce nejí 1 (2,63%) respondentka z Liberce a 2 (6,25%) respondentky z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 7: Dodržujete pitný režim?:

- a) Ano, denně sleduji vypité množství tekutin
- b) Ne, nevím kolik tekutin bych měla denně vypít
- c) Ne, piji pouze k jídlu



Graf 07 – Pitný režim

Tab. 07 – Pitný režim

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	26	68,42%	21	65,63%	47	67,14%
B	6	15,79%	5	15,63%	11	15,71%
C	6	15,79%	6	18,75%	12	17,14%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

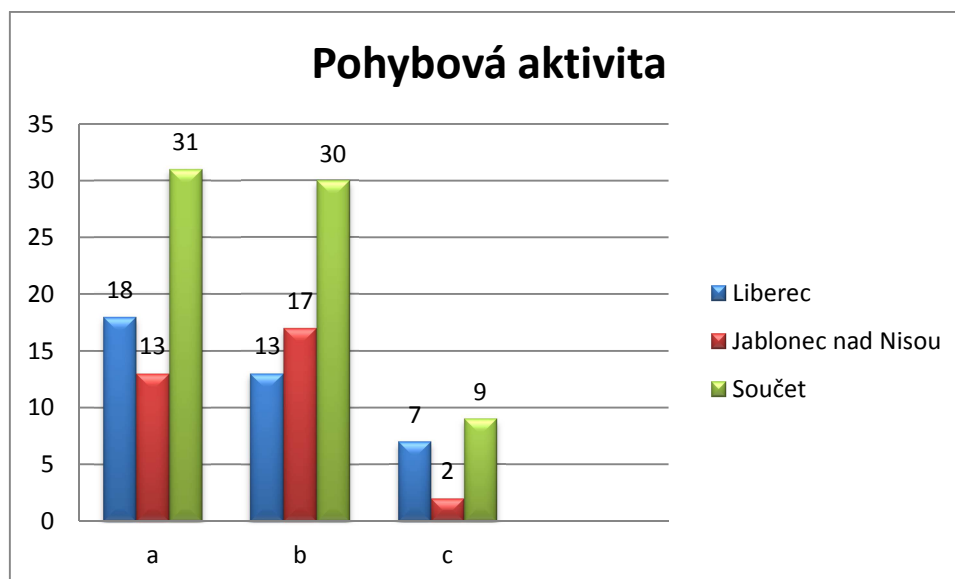
Otázka číslo 7 byla zaměřena na pitný režim respondentek. Denně sleduje vypité množství tekutin 26 (68,42%) respondentek z Liberce a 21 (65,63%) respondentek z Jablonce nad Nisou. Pitný režim nesleduje 6 (15,79%) respondentek z Liberce a 5 (15,63%) respondentek z Jablonce nad Nisou. Pouze k jídlu pije 6 (15,79%) respondentek z Liberce a 6 (18,75%) respondentek z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 8: Kolik hodin týdně věnujete pohybové aktivitě? (aerobik, procházka, aj.)

a) 2 hodiny a méně

b) 3-5 hodin

c) 6 a více hodin



Graf 08 – Pohybová aktivita

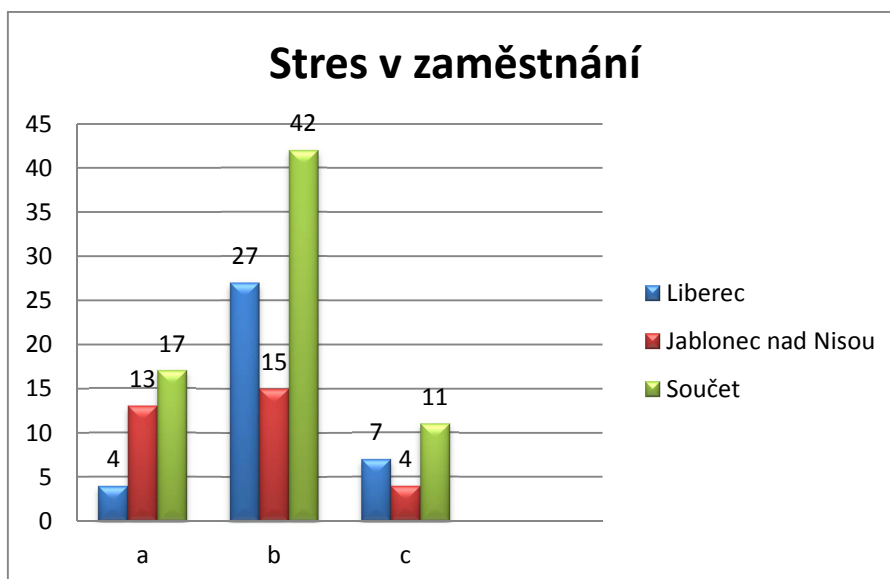
Tab. 08 – Pohybová aktivita

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	18	47,37%	13	40,63%	31	44,29%
B	13	34,21%	17	53,13%	30	42,86%
C	7	18,42%	2	6,25%	9	12,86%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

Otázka číslo 8 byla zaměřena na pohybovou aktivitu respondentek. Dvě hodiny a méně se pohybuje 18 (47,37%) respondentek z Liberce a 13 (40,63%) z Jablonce nad Nisou. Optimální pohybovou aktivitu (3 – 5h) má 13 (34,21%) respondentek z Liberce a 17 (53,13%) respondentek z Jablonce nad Nisou. Šest hodin a více se pohybuje 7 (18,42%) respondentek z Liberce a 2 (6,25%) respondentky z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 9: Prožíváte v zaměstnání stres?:

- a) Ano, skoro neustále
- b) Občas
- c) Ne



Graf 09 – Stres v zaměstnání

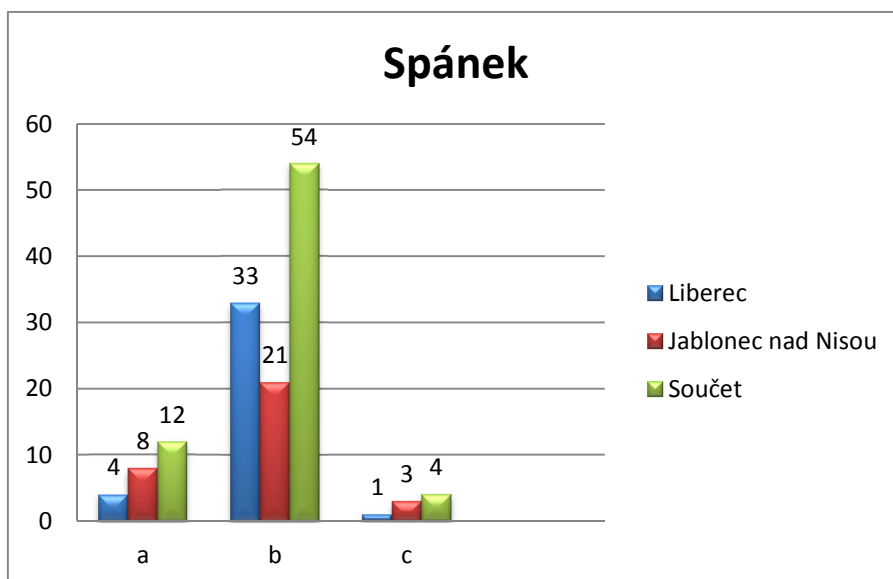
Tab. 09 – Stres v zaměstnání

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	4	10,53%	13	40,63%	17	24,29%
B	27	71,05%	15	46,88%	42	60,00%
C	7	18,42%	4	12,50%	11	15,71%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

Otázka číslo 9 se týkala stresu, který respondentky zažívají v zaměstnání. Skoro neustále prožívají stres v zaměstnání 4 (10,53%) respondentky z Liberce a 13 (40,63%) z Jablonce nad Nisou. Občas prožívá stres v zaměstnání 27 (71,05%) respondentek z Liberce a 15 (46,88%) z Jablonce nad Nisou. Vůbec neprožívá stres v zaměstnání 7 (18,42%) respondentek z Liberce a 4 (12,50%) z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 10: Kolik hodin denně spíte?:

- a) více než 8 hodin
- b) 5-8 hodin
- c) Méně než 5 hodin



Graf 10 – Spánek

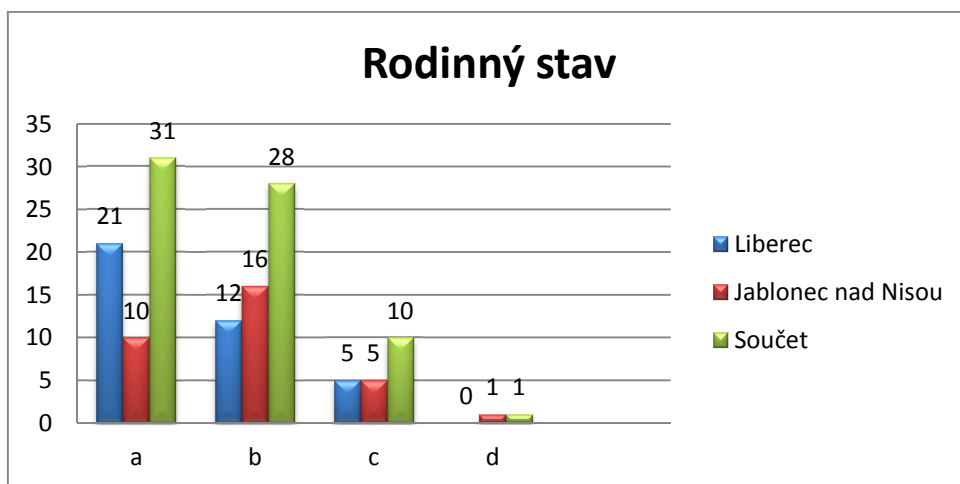
Tab. 10 – Spánek

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	4	10,53%	8	25,00%	12	17,14%
B	33	86,84%	21	65,63%	54	77,14%
C	1	2,63%	3	9,38%	4	5,71%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

Otázka číslo 10 zjišťovala, kolik hodin denně respondentky spí. Více než 8 hodin denně spí 4 (10,53%) respondentky z Liberce a 8 (25,00%) z Jablonce nad Nisou. Pět až osm hodin denně spí 33 (86,84%) respondentek z Liberce a 21 (65,63%) z Jablonce nad Nisou. Méně jak 5 hodin denně spí 1 (2,63%) respondentka z Liberce a 3 (9,38%) z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 11: Označte rodinný stav:

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Ovdovělá



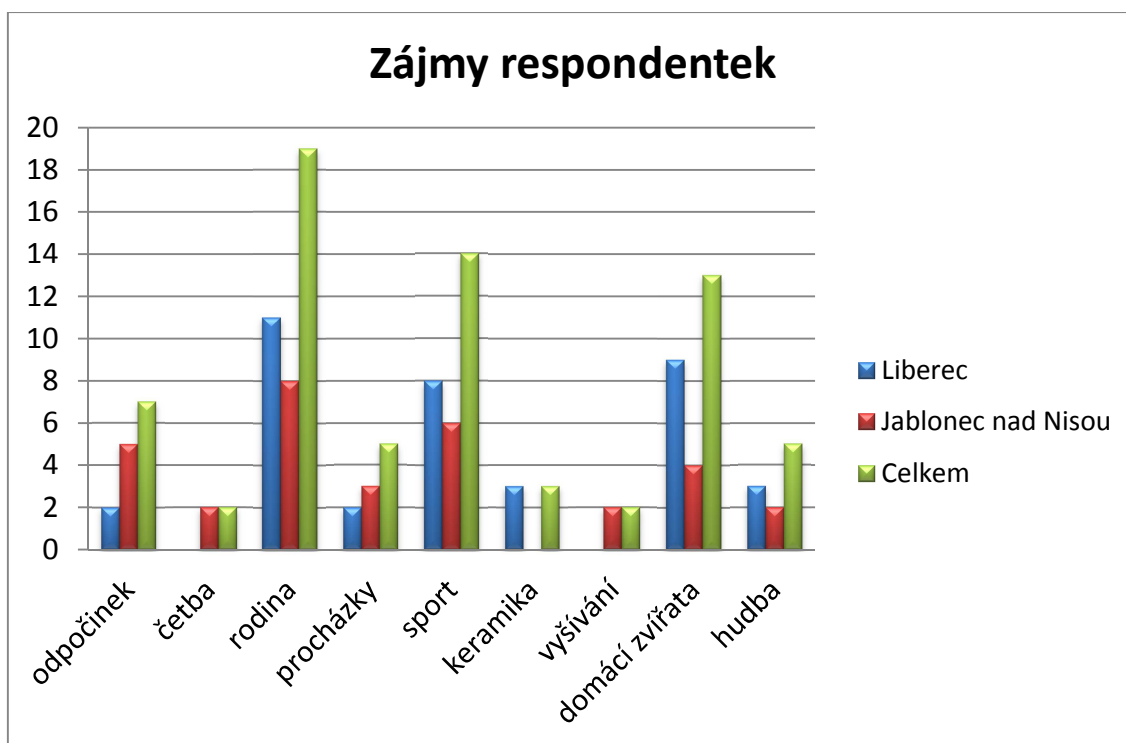
Graf 11 – Rodinný stav

Tab. 11 – Rodinný stav

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	21	55,26%	10	31,25%	31	44,29%
B	12	31,58%	16	50,00%	28	40,00%
C	5	13,16%	5	15,63%	10	14,29%
D	0	0,00%	1	3,13%	1	1,43%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

V otázce číslo 11 jsme se zajímaly o rodinný stav respondentek. Svobodná, označilo 21 (55,26%) respondentek z Liberce a 10 (31,25%) respondentek z Jablonce na Nisou. Vdaná, označilo 12 (31,58%) respondentek z Liberce a 16 (50,00%) z Jablonce na Nisou. Rozvedená, označilo 5 (13,16%) respondentek z Liberce a 5 (15,63%) z Jablonce na Nisou. Ovdovělá, označila pouze 1 (3,13%) respondentka z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 12: Prosím Vás o vypsání jednoho zájmu:



Graf 12 – Zájmy respondentek

Tab. 12 – Zájmy respondentek

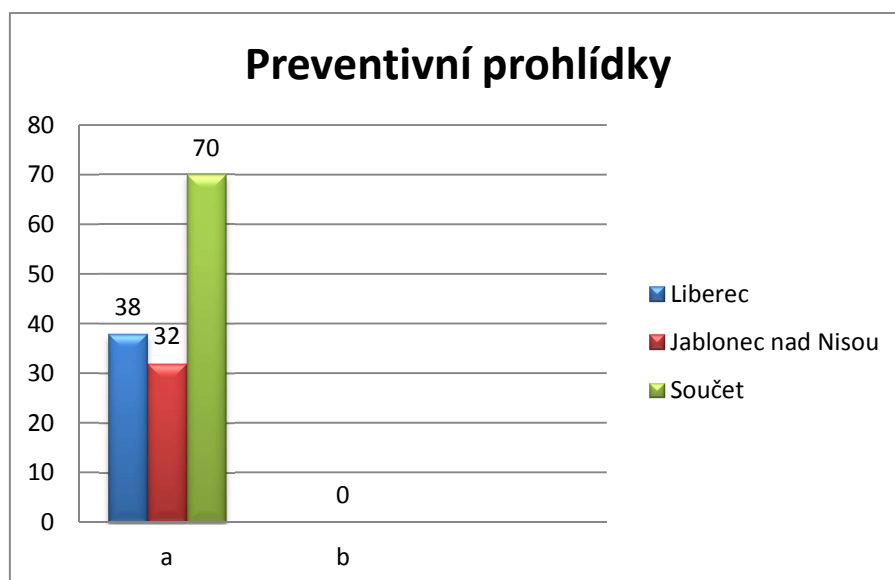
Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
Odpočinek	2	5,26%	5	15,63%	7	10%
Četba	0	0%	2	6,25%	2	2,86%
Rodina	11	28,95%	8	25%	19	27,14%
Hudba	3	7,89%	2	6,25%	5	7,14%
Procházky	2	5,26%	3	9,38%	5	7,14%
Sport	8	21,05%	6	18,75%	14	20%
Keramika	3	7,89%	0	0%	3	4,29%
Vyšívání	0	0%	2	6,25%	2	2,85%
Domácí zvířata	9	23,68%	4	12,5%	13	18,57%
Celkem	38	100%	32	100%	70	100%

V otázce číslo 12 nás zájimali zájmy respondentek, které provozují ve volném čase. Nejčastěji odpovídaly respondenty, že mezi jejich zájmy patří rodina, 19 respondentek (27,14%), sport, 14 respondentek (20%) a domácí zvířata, 13 respondentek (18,57%).

Otázka č. 13: Docházíte pravidelně na gynekologické prohlídky?:

a) Ano

b) Ne



Graf 13 – Pravidelné prohlídky

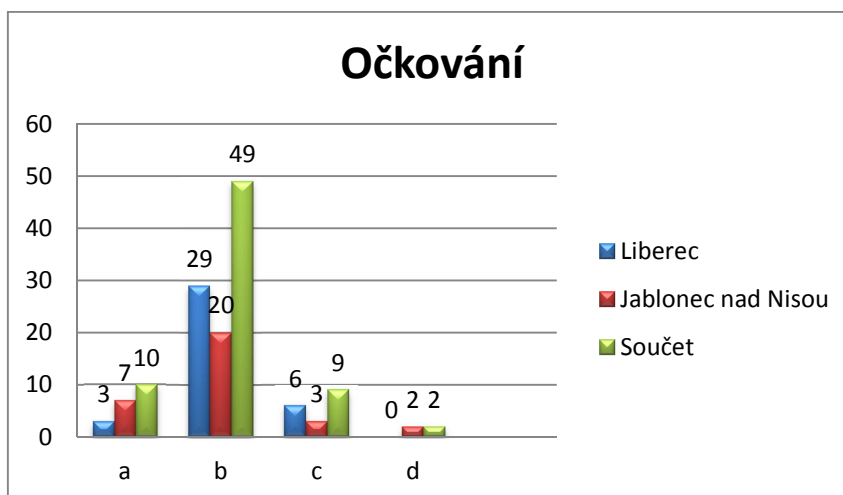
Tab. 13 – Pravidelné prohlídky

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%
B	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

Otázka číslo 13 zjišťovala, zdali respondentky pravidelně docházejí na preventivní prohlídky. Všechny respondentky odpověděly, že pravidelně na prohlídky docházejí. Přesněji 38 (100%) respondentek z Liberce a 32 (100%) z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 14: Jste informovaná o očkování proti rakovině děložního čípku?:

- a) Ano a chci se nechat očkovat
- b) Ano a oočkovat se nechci
- c) Ano, jsem očkovaná
- d) Ne, lékař mě o možnosti očkování neinformoval



Graf 14 – Očkování

Tab. 14 – Očkování

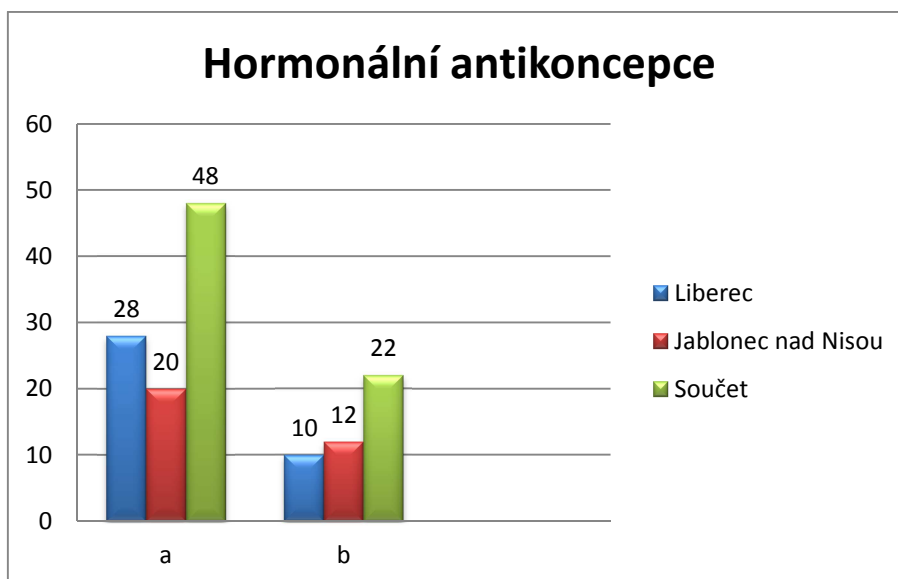
Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	3	7,89%	7	21,88%	10	14,29%
B	29	76,32%	20	62,50%	49	70,00%
C	6	15,79%	3	9,38%	9	12,86%
D	0	0,00%	2	6,25%	2	2,86%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

V otázce číslo 14 nás zajímalo, zdali jsou pacientky informované o možnosti očkování proti rakovině děložního čípku. Nechat se oočkovat chtějí 3 (7,89%) respondentky z Liberce a 7 (21,88%) z Jablonce nad Nisou. Nechat očkovat se nechce 29 (76,32%) respondentek z Liberce a 20 (62,50%) z Jablonce nad Nisou. Očkovaných respondentek je 6 (15,79%) z Liberce a 3 (9,38%) z Jablonce nad Nisou. O očkování vůbec nejsou informovány 2 (2,86%) respondentky z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 15: Užíváte hormonální antikoncepci?:

a) Ano

b) Ne



Graf 15 – Hormonální antikoncepce

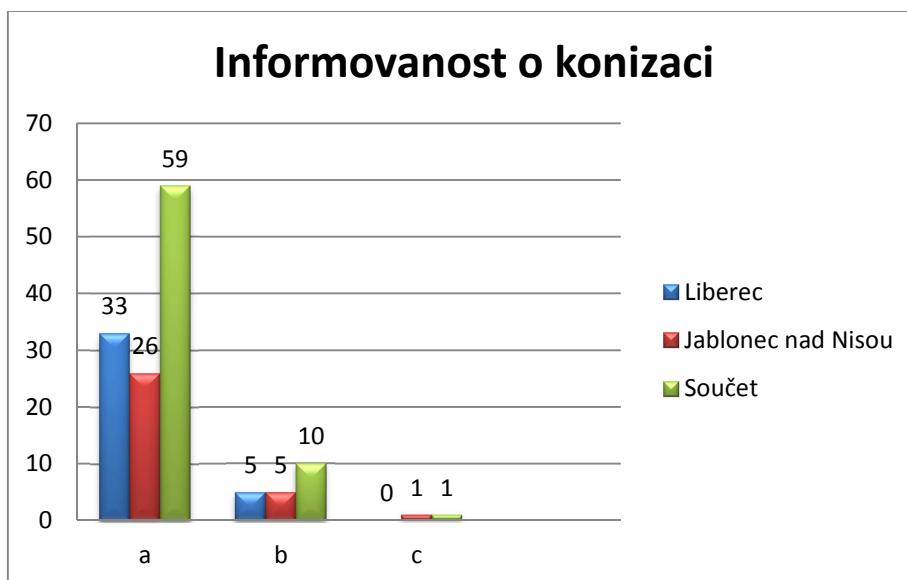
Tab. 15 – Hormonální antikoncepce

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	28	73,68%	20	62,50%	48	68,57%
B	10	26,32%	12	37,50%	22	31,43%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

Antikoncepci užívá 28 (73,68%) respondentek z Liberce a 20 (62,50%) z Jablonce nad Nisou. Antikoncepci neužívá 10 (26,32%) respondentek z Liberce a 12 (37,50%) z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 16: Myslíte si, že Vám Váš gynekolog podal dostatek informací o výkonu, který podstupujete?:

- a) Ano, všem informacím jsem porozuměla
- b) Spíše ano, ale musela jsem si nějaké informace dohledat
- c) Ne



Graf 16 – Informovanost o konizaci

Tab. 16 – Informovanost o konizaci

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	33	86,84%	26	81,25%	59	84,29%
B	5	13,16%	5	15,63%	10	14,29%
C	0	0,00%	1	3,13%	1	1,43%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

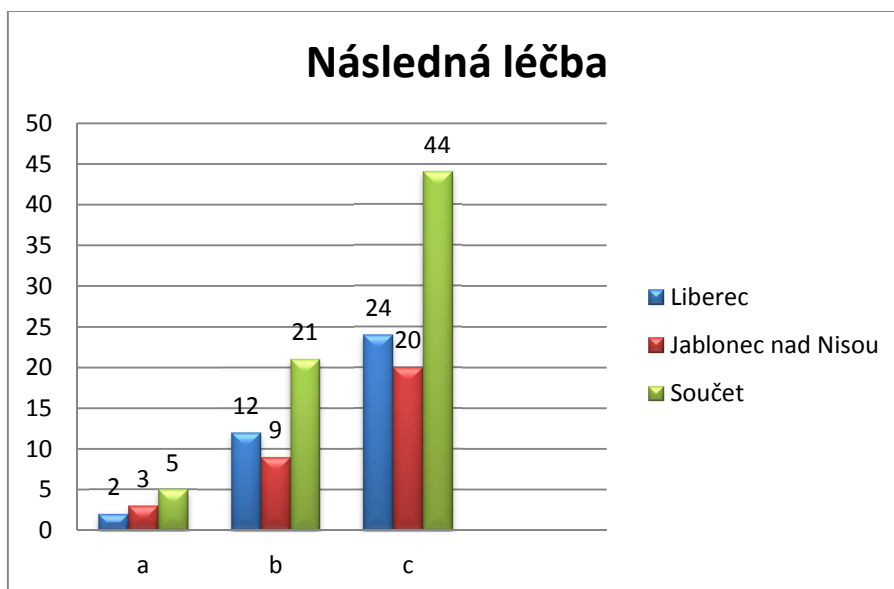
Informacím porozumělo 33 (86,84%) respondentek z Liberce a 26 (81,25%) z Jablonce nad Nisou. Nedostatek informací mělo 5 (13,16%) respondentek z Liberce a 5 (15,63%) z Jablonce nad Nisou. Informacím o výkonu neporozuměla 1 (1,43%) respondentka z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 17: Jak dlouho budete muset po výkonu dodržovat doporučené zásady následné léčby?:

a) 10 dní

b) 2 týdny

c) 6 týdnů



Graf 17 – Následná léčba

Tab. 17 – Následná léčba

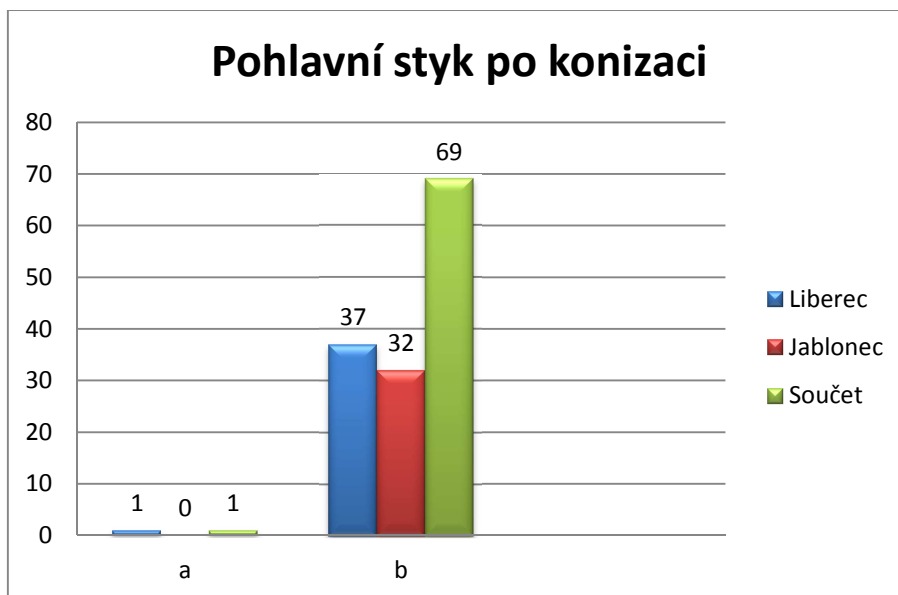
Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	2	5,26%	3	9,38%	5	7,14%
B	12	31,58%	9	28,13%	21	30,00%
C	24	63,16%	20	62,50%	44	62,86%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

V této otázce nás zajímalo, zdali respondentky vědí, jak dlouho trvá následná léčba po konizaci. Deset dní léčby budou dodržovat 2 (5,26%) respondentky z Liberce a 3 (9,38%) z Jablonce nad Nisou. Dva týdny bude dodržovat 12 (31,58%) respondentek z Liberce a 9 (28,13%) z Jablonce nad Nisou. Šest týdnů bude dodržovat 24 (63,16%) respondentek z Liberce a 20 (62,50%) z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 18: Myslíte si, že budete moci mít v prvních šesti týdnech po konizaci pohlavní styk?:

a) Ano

b) Ne



Graf 18 – Pohlavní styk po konizaci

Tab. 18 – Pohlavní styk po konizaci

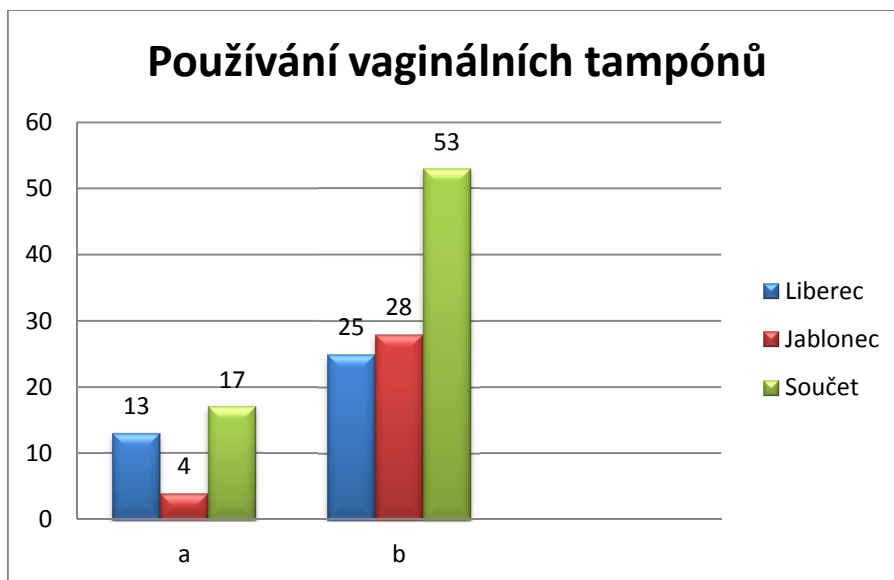
Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	1	2,63%	0	0,00%	1	1,43%
B	37	97,37%	32	100,00%	69	98,57%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

V otázce číslo 18 nás zajímalo, zdali budou moci mít respondentky v prvních šesti týdnech po konizaci pohlavní styk. Odpověď ano zvolila 1 (1,43%) respondentka z Liberce. Odpověď ne označilo 37 (97,37%) respondentek z Liberce a 32 (100%) z Jablonce nad Nisou.

Otázka č. 19: Budete moci používat vaginální tampony v období následné léčby o konizaci?:

a) Ano

b) Ne



Graf 19 – Používání vaginálních tampónů

Tab. 19 – Používání vaginálních tampónů

Odpověď	Liberec		Jablonec nad Nisou		Celkem	
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.
A	13	34,21%	4	12,50%	17	24,29%
B	25	65,79%	28	87,50%	53	75,71%
Celkem	38	100,00%	32	100,00%	70	100,00%

V poslední otázce číslo 19 nás zajímalo, zdali respondentky vědí, jestli mohou používat vaginální tampóny v období následné léčby. Odpověď ano označilo 13 (34,21%) respondentek z Liberce a 4 (12,50%) z Jablonce nad Nisou. Odpověď ne označilo 25 (65,79%) respondentek z Liberce a 28 (87,50%) z Jablonce nad Nisou.

7 ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ

V této bakalářské práci byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza č. 1:

„Předpokládám, že více než polovina respondentek, které podstoupily konizaci, je mladší 35 let. “

K první hypotéze se vztahuje dotazníková otázka číslo 1. Po vyhodnocení odpovědí je celkový počet respondentek 49 (70,00%) mladších 35 let. To je nadpoloviční většina respondentek. **Hypotéza číslo 1 se potvrdila.**

Hypotéza č. 2:

„Předpokládám, že více než polovina respondentek nedodržuje zásady zdravého životního stylu. “

Ke druhé hypotéze se vztahují dotazníkové otázky číslo 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 a 10. Na základě vyhodnocení odpovědí, z výše uvedených otázek, 32 (45,71%) respondentek dodržuje zásady zdravého životního stylu a 38 (54,29%) respondentek nedodržuje zásady zdravého životního stylu. Tudíž nadpoloviční většina respondentek zdravý životní styl nedodržuje. **Hypotéza číslo 2 se potvrdila.**

Hypotéza č. 3:

„Předpokládám, že více než polovina respondentek je nedostatečně edukována před i po konizaci. “

Ke třetí hypotéze se vztahují dotazníkové otázky číslo 13, 14, 16, 17, 18 a 19. Na základě vyhodnocení odpovědí, z výše uvedených otázek, 60 (85,71%) respondentek je dostatečně edukována před i po konizaci a 10 (14,29%) respondentek není dostatečně informována před i po konizaci. Nadpoloviční většina respondentek je informována před i po konizaci. **Hypotéza číslo 3 se nepotvrdila.**

8 DISKUZE

Prvním cílem, který jsem si stanovila pro svou práci, bylo zjistit, zdali jsou pacientky dostatečně edukovány před a po konizaci. Edukace pacientek a správná komunikace s nimi byla popsána v teoretické části. Jak se ukázalo pomocí dotazníkového šetření, většina respondentek má přehled o následné léčbě, kterou budou muset dodržovat. V otázce číslo 13 nás zajímalo, zda-li respondentky pravidelně dochází na gynekologické prohlídky. Všechny respondentky 70 (100%) udeily, že pravidelně na gynekologické prohlídky docházejí. Velkým překvapením pro mě byly výsledky dotazníkové otázky číslo 14. Zajímala nás informovanost respondentek o očkování proti rakovině děložního čípku. Zde sice uvedlo 68 (97,14%) respondentek, že jsou o očkování informovány ovšem pouhých 9 (12,86%) z nich je očkovaných, 10 (14,29%) respondentek by se rádo nechalo očkovat a 49 (70%) se očkovat nechce i přes to, že o očkování informace dostaly. Otázka číslo 15 nás informovala o tom, zda-li respondentky užívají hormonální antikoncepci. Celkem užívá antikoncepci 48 (68,57%) respondentek. Milým překvapením byly výsledky otázky číslo 16, kde jsme chtěli vědět, zda-li respondentky porozuměly informacím o konizace, které dostaly od jejich lékaře. 59 (84,29%) respondentek nemulo informace o výkonu dohledávat a všemu porozuměly. Ráda bych zmínila výsledky otázky číslo 17, kde jsme se respondentek ptaly na to, jak dlouho bude trvat následná léčba po konizaci. Zde správně uvedlo šesti týdenní léčbu 44 (62,86%) respondentek z celkového počtu 70. V otázce číslo 18 odpověděla pouze jedna respondentka špatně na otázku zda-li bude moci mít v prvních šesti týdnech následné léčby pohlavní styk. V poslední otázce číslo 19 nás zajímalo, zda-li respondentky budou moci v období následné léčby používat vaginální tampóny. 53 (75,71%) respondentek odpovědělo správně, ne, používání vaginálních tampónů není vhodné.

Druhým cílem mé práce bylo zmapovat životní styl pacientek, které konizaci podstoupily. Zdravému životnímu stylu jsme v teoretické části věnovali celou kapitolu, kde se zabýváme prevencí nejen dysplázie děložního čípku. Bohužel jsem se zde nezmýlila, nadpoloviční většina respondentek zdravý životní styl nedodrжуje. Výsledek otázky číslo 3 nás nijak nepřekvapil. 31 (44,29%) respondentek uvedlo závislost na tabáku. „Dopad kouření na zdraví člověka je dvojího druhu. Zaprvé se kuřák stává na nikotinu závislý a zadruhé kouření vyvolává smrtelné nemoci a invaliditu“ (Čevela, Čeledová, 2009). V otázce číslo 4, bych ráda poznamenala, že 17 (24,29%)

respondentek uvedlo, že vůbec nekonzumují alkohol. Jako výsledek, podle mého názoru alarmující, bych uvedla u dotazníkové otázky číslo 6. Zde uvádí pouhých 12 (17,14%) respondentek, že každodenně zařazují do svého jídelníčku ovoce a zeleninu. Podle mého názoru může za nekvalitní životní styl např. nevhodné skloubení práce, volného času, odpočinku a stravovacího režimu. Překvapujícím zjištěním byly výsledky dotazníkové otázky číslo 8, kde nás zajímala pohybová aktivita respondentek. Pohybové aktivitě věnuje 31 (44,29%) respondentek pouhé 2 hodiny a méně za týden. Další znepokojivý výsledek můžeme sledovat u dotazníkové otázky číslo 9, kde 17 (24,29%) respondentek uvádí neustálý stres v zaměstnání (škole). Dodržování prevence je velmi důležité, obzvláště po prodělaném výkonu (konizaci), aby u pacientky nedošlo k recidivě onemocnění, což si mnoho žen neuvědomuje.

Třetím, hlavním, cílem bylo vytvořit edukační materiál (viz. přílohy) pro pacientky po konizaci. Na základě vyhodnocení odpovědí jsem edukační materiál obohatila o prevenci onemocnění a zásady dodržování zdravého životního stylu. Prevence dysplázie děložního čípku je nepostradatelnou součástí následné léčby po konizaci.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci je rozebráno téma gynekologických operačních výkonů, konkrétně konizace. Pacientek, které musí konizaci podstoupit stále přibývá a proto je toto téma aktuální a velmi diskutované.

Po vyhodnocení dat o informovanosti pacientek, jak bude probíhat jejich následná léčba, se ukázaly celkem uspokojivé výsledky. Většina pacientek správně odpověděla na to, jaké zásady bude muset dodržovat. Ovšem méně uspokojivé bylo vyhodnocení dat o životním stylu pacientek. Jak jsem již zmínila, správné dodržování zásad životního stylu jsou součástí prevence onemocnění. Zároveň nezdravý životní styl negativně ovlivňuje psychiku pacientky. Respondentky uvádějí např. nedostatek pohybové aktivity, nepravidelně zařazují do svého jídelníčku ovoce a zeleninu a vysoké procento z dotázaných respondentek pravidelně zažívá stres v zaměstnání či škole.

Hlavním cílem této práce bylo vytvoření edukačního materiálu, který vznikl na základě vyhodnocení dotazníků. Tento edukační materiál je určen pro pacientky, které podstoupily konizaci, a měl by je psychicky podpořit. Tento materiál by měl zároveň sloužit pro zmenšení stresů, které mohly být vyvolány konizací nebo jejími pooperačními stavy. Pacientky by ho měly využít pokud si budou něčím nejisté a zároveň by je měl motivovat v dodržování zásad zdravého životního stylu, aby nedošlo k recidivě onemocnění.

Ve své bakalářské práci jsem chtěla dosáhnout uceleného pohledu na danou problematiku a poukázat na důležitost prevence. Ráda bych, aby edukační materiál, který jsem vytvořila, ulehčil práci nejen ošetrovatelskému personálu ale, aby pacientky motivoval v dodržování zdravého životního stylu. Domnívám se, že i když je prevence všeobecně diskutovaným tématem, jen málo populace se snaží správné zásady životního stylu dodržovat. Doufám, že poskytnuté výsledky budou k užitku nejen ve zvýšení informovanosti o tomto tématu.

Soupis bibliografických citací

ATKINSON, R., SMITH, E., BEM, D., *Hilgard's Introduction to psychology* – přeložili HERMAN, E., PETRŽELA, M., BREJLOVÁ, D. Praha 2003, ISBN 80-7178-640-3

CIBULA, D., PETRUŽELKA, L. a kol. *Onkogynekologie* 1. vydání, Praha 2009, Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2665-6

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2860-5

EXNEROVÁ, S. *Komunikace pro zdravotní sestry* – Liberec 2006, ISBN 80-7372-096-5

FAIT, T., (HAMŠÍKOVÁ, E., JANÁČKOVÁ, L., LITVIK, R., PLUTA, M., TĚŠINOVÁ, J.) a kol, *Očkování proti lidským papilomavirům*, Maxford, s.r.o., svazek 1, 2009, ISBN 978-80-7345-204-9

GOLEMAN, D. *Práce s emoční inteligencí. Jak odstartovat úspěšnou kariéru*, 1. Vydání – Praha, Columbus 2000, ISBN 80-7249-017-6

KUDELA, M. a kol., *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vydání Olomouc: Univerzita Palackého, 2008, ISBN 978-80-244-1975-6

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, 1. vydání Praha 2002: Grada Publishing, ISBN 80-247-0179-0

MASTILIAKOVA, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 2. nezměněn. vyd. Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3

MOTLÍK, K., ŽIVNÝ, J., *Patologie v ženském lékařství*, 1. Vydání – Praha 2001, ISBN 80-7169-460-6

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*, 2. vydání, Brno 2008, ISBN 978-7013-466-5

POSPÍŠILOVÁ, B., PROCHÁZKOVÁ, O. *Anatomie pro bakaláře I, Obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové*, 1. Vydání – Technická univerzita v Liberci, 12/2010, ISBN 978-80-7372-675-1

RABE, T. *Gynekologie*, 1. vydání – Weinheim: Ed. Medizin, VCH, 1992, ISBN 80-85526-25-5

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*, 1. vydání, Praha – Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-3373-9

STAŇKOVÁ, M. *Sestra – reprezentant profese*, 1.vydání – České ošetrovatelství 11, Brno, institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2002, ISBN 80-7013-368-6

TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*; z německého originálu přeložila Simonová Lucie, 1. vydání, Praha: Portál, 2004, 216 s., ISBN 80-7178-826-0

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing a.s. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

VORLÍČEK, J., VORLÍČKOVÁ, H., KONEČNÝ, M.: *Klinická onkologie pro sestry*. vyd. IDVPZ Brno, 1993. 129 s. ISBN 57-858-93

Rakovina děložního čípku. Dužina. [online]. 6.2.2012. Dostupné z: <http://duzina.cz/rakovina-delozniho-cipku.cz/>

SLÁMA, Jiří. *Cervarix – další krok v prevenci karcinomu děložního hrdla*. Časopis Lékařské listy. [online]. 21/2007. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/cervarix-dalsi-krok-v-prevenci-karcinomu-delozniho-hrdla-333285>

ŠPAČEK, J., ŠTIPL, S., HALADA, P., *Jaké jsou zásady racionálního přístupu u pacientek s karcinomem děložního hrdla?*. Časopis Postgraduální medicína. [online]. 02/2011. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/jake-jsou-zasady-racionalniho-pristupu-u-pacientek-s-karcinomem-delozniho-hrdla-457920>

TURYNA, R., VELEBIL, P., *Konizace a předčasné porody*. Časopis Postgraduální medicína. [online]. 03/2012. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medina/konizace-a-predcasne-porody-463806>

HPV a rakovina děložního čípku. Merck Sharp & Dohme s.r.o. [online]. 12/2008. Dostupné z: <http://vsecomuzu.cz/hpv/rakovina-delozniho-cipku>

ONDRUŠ, J., *Kolposkopie základní kolposkopická expertíza*. Česká odborná společnost pro cervikální patologii a kolposkopii, sekce ČGPS. [online]. 12/2008. Dostupné z: <http://kolposkopie.eu/files/files/Preamble%20kolposkopie.pdf>

ONDRUŠ, J., DVOŘÁK, V., ROKYTA, Z., *Rakovina děložního hrdla*. Vydala VZP jako 21. Číslo odborné edice [online]. 12/2004. Dostupné z: <http://vychovakezdravi.cz/download/file/ra-deloz-hrdla.pdf>

Seznam grafů

Graf 01 – Věk respondentek	42
Graf 02 – Místo hospitalizace	43
Graf 03 – Závislost na tabáku	44
Graf 04 – Konzumace alkoholu	45
Graf 05 – Pravidelnost stravování	46
Graf 06 – Ovoce a zelenina v jídelníčku	47
Graf 07 – Pitný režim	48
Graf 08 – Pohybová aktivita	49
Graf 09 – Stres v zaměstnání	50
Graf 10 – Spánek	51
Graf 11 – Rodinný stav	52
Graf 12 – Zájmy respondentek	53
Graf 13 – Pravidelné prohlídky	54
Graf 14 – Očkování	55
Graf 15 – Hormonální antikoncepce	56
Graf 16 – Informovanost o konizaci	57
Graf 17 – Následná léčba	58
Graf 18 – Pohlavní styk po konizaci	59
Graf 19 – Používání vaginálních tampónů	60

Seznam tabulek

TAB. 01 – VĚK RESPONDENTEK	42
TAB. 02 – MÍSTO HOSPITALIZACE	43
TAB. 03 – ZÁVISLOST NA TABÁKU	44
TAB. 04 – KONZUMACE ALKOHOLU	45
TAB. 05 – PRAVIDELNOST STRAVOVÁNÍ	46
TAB. 06 – OVOCE A ZELENINA V JÍDELNÍČKU	47
TAB. 07 – PITNÝ REŽIM	48
TAB. 08 – POHYBOVÁ AKTIVITA	49
TAB. 09 – STRES V ZAMĚSTNÁNÍ	50
TAB. 10 – SPÁNEK	51
TAB. 11 – RODINNÝ STAV	52
TAB. 12 – ZÁJMY RESPONDENTEK	53
TAB. 13 – PRAVIDELNÉ PROHLÍDKY	54
TAB. 14 – OČKOVÁNÍ	55
TAB. 15 – HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	56
TAB. 16 – INFORMOVANOST O KONIZACI	57
TAB. 17 – NÁSLEDNÁ LÉČBA	58
TAB. 18 – POHLAVNÍ STYK PO KONIZACI	59
TAB. 19 – POUŽÍVÁNÍ VAGINÁLNÍCH TAMPÓNŮ	60

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Vážená slečno/paní,

jmenuji se Dominika Dvořáková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia ve studijním programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o pečlivé vyplnění dotazníku, který bude součástí mé výzkumné části bakalářské práce. Dotazník je **anonymní** a slouží pouze k výzkumným účelům. Předem Vám děkuj za ochotu a čas, během kterého zodpovíte pár otázek. S pozdravem Dominika Dvořáková

1) Věk

- a) 18 let a méně
- b) 19 – 35 let
- c) 36 let – a více

2) Vaše hospitalizace probíhá v

- a) Krajské nemocnici Liberec a.s.
- b) Nemocnici Jablonec nad Nisou p.o.

ŽIVOTNÍ STYL

3) Kouříte?

- a) Ano
- b) Ne

4) Pijete alkohol?

- a) Vypiji více než 2 skleničky alkoholu denně (pivo, víno, tvrdý alkohol)
- b) Vypiji maximálně 1 skleničku nápoje s nižším obsahem alkoholu denně (pivo, víno)
- c) Nepiji alkohol vůbec

5) Stravujete se pravidelně 5x denně?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne

6) Jíte ovoce a zeleninu?

- a) Ano, každý den
- b) Občas, podle chuti

c) Vůbec

7) Dodržujete pitný režim?

- a) Ano, denně sleduji vypité množství tekutin
- b) Ne, nevím kolik tekutin bych měla denně vypít
- c) Ne, piji pouze k jídlu

8) Kolik času věnujete týdně pohybové aktivitě? (aerobik, procházka, aj.)

- a) 2 hodiny a méně
- b) 3-5 hodin
- c) 6 a více hodin

9) Prožíváte v zaměstnání stres?

- a) Ano, skoro neustále
- b) Občas
- c) Ne

10) Kolik hodin denně spíte?

- a) Více než 8 hodin
- b) 5-8 hodin
- c) Méně než 5 hodin

SOCIÁLNÍ PODMÍNKY

11) Označte rodinný stav

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Ovdovělá

12) Prosím Vás o vypsání jednoho zájmu (koníčku)

.....

INFORMOVANOST

13) Docházíte pravidelně na gynekologické prohlídky? (1x ročně)

- a) Ano
- b) Ne

14) Jste informovaná o očkování proti rakovině děložního čípku?

- a) Ano a chci se nechat očkovat
- b) Ano a oočkovat se nechci
- c) Ano, jsem očkovaná

d) Ne, lékař mě o možnosti očkování neinformoval

15) Užíváte hormonální antikoncepci?

a) Ano

b) Ne

16) Myslíte si, že Vám Váš gynekolog podal dostatek informací o výkonu, který podstupujete? (konizace)

a) Ano

b) Spíše ano, ale musela jsem si nějaké informace dohledat (zjistit, zeptat se ...)

c) Ne

- Pokud jste odpověděla **Ano** – porozuměla jste podaným informacím?

a) Ano

b) Ne

17) Jak dlouho budete muset po výkonu dodržovat doporučené zásady následné léčby?

a) 10 dní

b) 2 týdny

c) 6 týdnů

18) Myslíte si, že budete moci mít v prvních dvou týdnech po konizaci pohlavní styk?

a) Ano

b) Ne

19) Budete moci používat vaginální tampony v období následné léčby o konizaci?

a) Ano

b) Ne

Děkuji Vám za spolupráci při vyplnění

Následná léčba po konizaci

Co je to konizace?

- Gynekologický zákrok, který jste prodělala, byl relativně malý. Byla při něm pomocí elektrické kličky vyňata část děložního čípku.

Jak dlouho bude trvat léčba?

- Po konizaci je nutné dodržet klidový režim **5-7 dní**. To znamená nezvedat těžká břemena, fyzicky se nepřetěžovat a nechodit na dlouhé procházky.
- Samotné hojení čípku trvá přibližně **4-6 týdnů**. Dochází zde k obnově poškozeného epitelu (reepitelizaci).
- Po konizaci dochází k mírné sekreci hlenu s příměsí krve – špinění. To je naprosto běžné při léčbě po dobu šesti týdnů.

Můžu mít po konizaci pohlavní styk?

- Pohlavní styk se **v prvních šesti týdnech nedoporučuje** vůbec, mohlo by dojít k narušení hojení děložního čípku.
- Pohlavní styk po konizaci se v druhé části měsíce, (7-8. týden) následné léčby, doporučuje **s prezervativem**.

Kdy přijít na kontrolu ke gynekologovi?

- První kontrola je vhodná **za 14 dní** po konizaci
- Následné prohlídky se doporučují **každých šest měsíců**, kdy je proveden kontrolní stěr z děložního čípku

Co není vhodné 2 měsíce po konizaci?

- K hygieně využívejte sprchu, nekoupejte se.
- Neměla byste používat vaginální tampóny při vaginálním krvácení.

Komplikace po konizaci

- V případě silného krvácení nebo abnormálních bolestí v podbřišku, vyhledejte lékařskou pomoc. (v ambulanci nemocnice nebo u obvodního gynekologa)

Můžeme se chránit ještě jinak před rakovinou děložního hrdla a před možnou recidivou onemocnění?

- Dodržujte zásady **správného životního stylu**
 - Pokud *kouříte*, měly byste přestat ! kouření tabáku způsobuje mnohá onemocnění, včetně onemocnění děložního hrdla
 - Upravte svůj *jídelníček* (dostatek ovoce a zeleniny, vlákniny, mléčných výrobků, ryb apod.)
 - Věnujte část Vašeho volného času *pohybovým aktivitám*
 - Dbejte na *pravidelnost*, je důležitá pro naše tělo v mnoha ohledech (spánek, stravování, pitný režim, odpočinek)
 - Snažte se zvládat stres ! častý stres je původcem mnoha obtíží
- Dbejte na zásady **chráněného pohlavního styku**, s počtem sexuálních partnerů a nechráněného pohlavního styku roste riziko přenosu sexuálně přenosných chorob – používejte **kondom**
- Nezapomínejte na **pravidelné prohlídky** u Vašeho obvodního gynekologa, tato prohlídka je plně hrazena od zdravotní pojišťovny **1 krát ročně**
- Informujte se u svého obvodního gynekologa na možnosti **očkování** proti rakovině děložního čípku, vývoj očkovacích látek značně pokročil – dnes má možnost se nechat očkovat i žena, která již zahájila sexuální život!

PODPORUJTE PREVENCI A NENECHTE NEMOC, ABY VÁS OHROŽOVALA NA ŽIVOTĚ!!!

... a pomatujte, s úsměvem jde vše o poznání lépe ☺

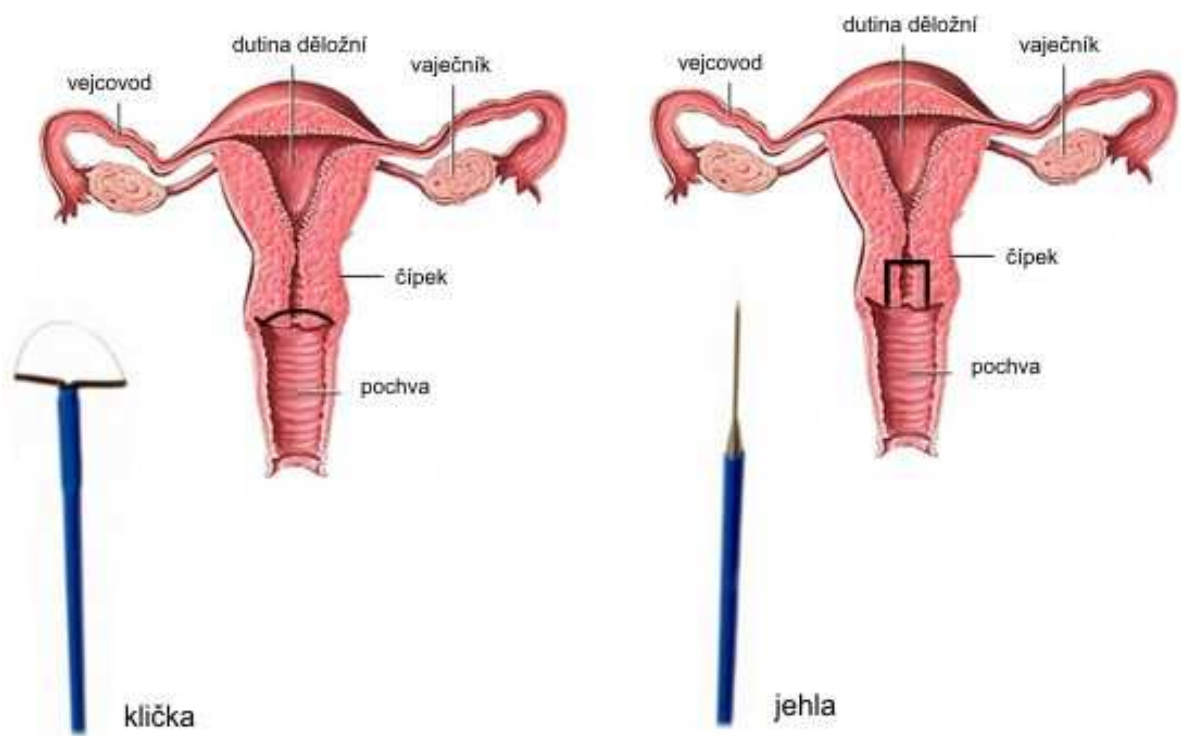
Příloha č. 3 – Fáze smířování se s daným onemocněním podle Elisabeth Kübler-Rossové

FÁZE PODLE KÜBLER – ROSSOVÉ

Fáze	Projevy	Vhodná reakce
Šok, popření	Popírání existence onemocnění	Dostatek času, navázání kontaktu, snaha získat důvěru nemocného
Hněv, vzpoura	Zlost na všechno, odmítání ošetření, vyvolávání konfliktů	Umožnit odreagování, nepohoršovat se, nenapomínat
Vyjednávání, smlouvání s osudem	Hledání zázračných léků, dávání slibů za uzdravení	Trpělivost, motivace k vytrvání v dosavadní léčbě
Smutek, deprese	Obavy, vzdávání se, rezignace na léčbu	Naslouchání, podpora komunikace s rodinou, hledání řešení
Smíření	Vyrovnání, loučení s blízkými, pokora	Poskytnutí blízkosti, neverbální podpory

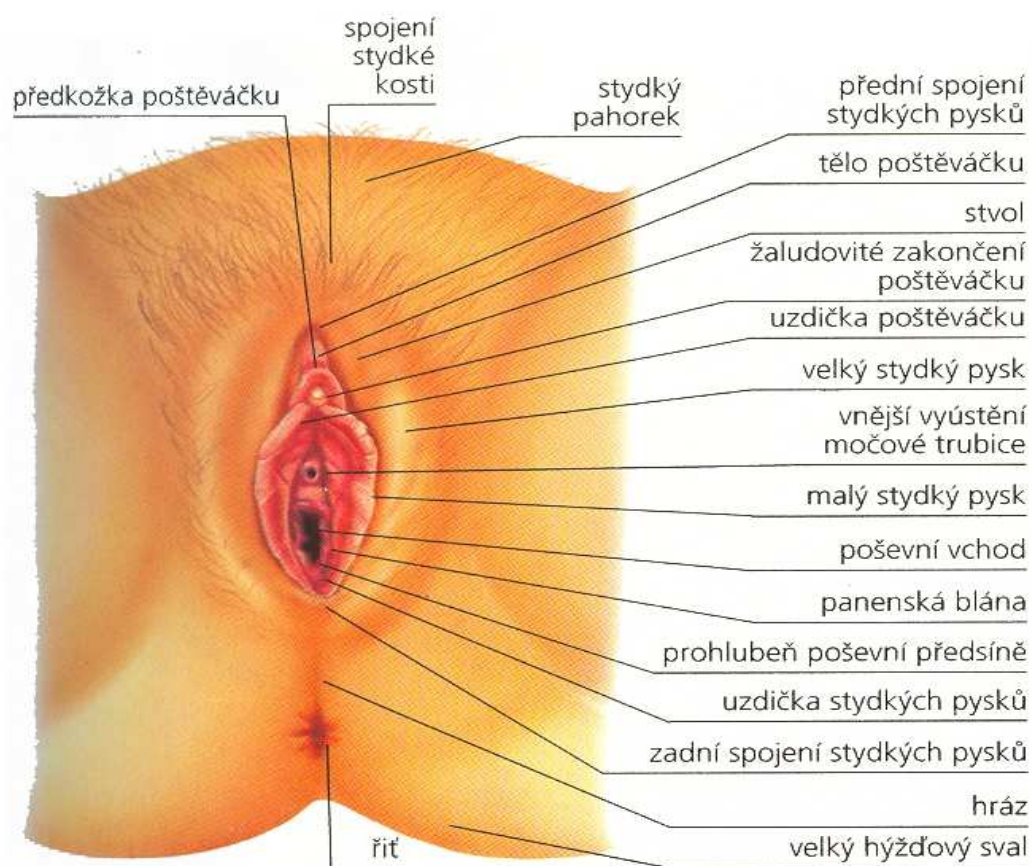
(Venglářová, 2006, s. 114)

Příloha č. 4 – Technika konizace



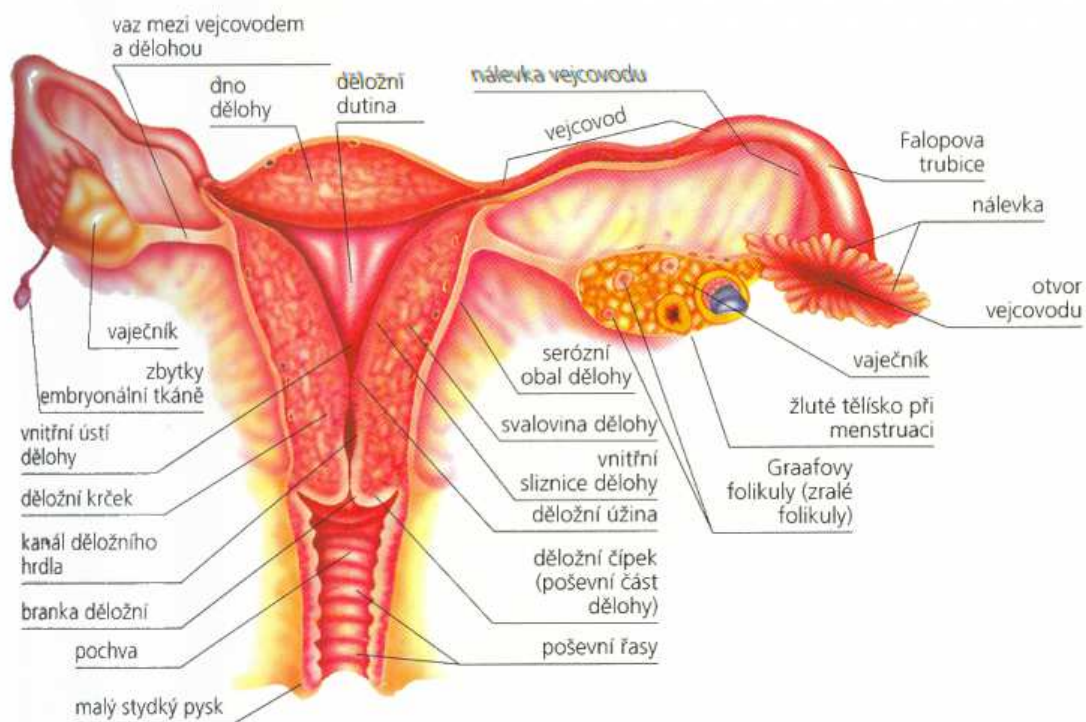
(<http://www.damier.cz/tisk.php?url=pro-laickou-verejnost>)

Příloha č. 5 – Anatomie vnějších ženských pohlavních orgánů



(http://skolajecna.cz/biologie/Sources/Photogallery_Detail.php?intSource=1&intImageId=217)

Příloha č. 6 – Anatomie vnitřních ženských pohlavních orgánů



(http://skolajecna.cz/biologie/Sources/Photogallery_Detail.php?intSource=1&intImageId=215)

Příloha č. 7 - Protokol k provádění výzkumu - Liberec

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Dominika Dvořáková	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	Z09000029	3.
Téma práce	Psychologické aspekty v ošetrovatelské péči o pacientku po gynekologickém operačním výkonu	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Krajská nemocnice Liberec, a.s. – gynekologicko-porodnické oddělení	
Jméno vedoucího práce	Bc. Zuzana Paukertová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. Hana Bláhová	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. Zuzana PAUKERTOVÁ	
Datum zahájení výzkumu	Leden 2012	
Datum ukončení výzkumu	Březen 2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	/	
Počet oslovených respondentů (klientů)	40	
Poznámka:		

V dne 5.12.2011

.....
podpis studenta



Příloha č. 8 - Protokol k prováděnému výzkumu - Jablonec nad Nisou



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Dominika Dvořáková	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	Z09000029	3.
Téma práce	Psychologické aspekty v ošetrovatelské péči o pacientku po gynekologickém operačním výkonu	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. – gynekologicko-porodnické oddělení	
Jméno vedoucího práce	Bc. Zuzana Paukertová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	Leden 2012	
Datum ukončení výzkumu	Březen 2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	1	
Počet oslovených respondentů (klientů)	40	
Poznámka:		

V Jablonci nad Nisou dne 5.12.2011

[Podpis studenta]

podpis studenta

